

SPF SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 8 mars 2018

Direction générale Soins de santé

CONSEIL FEDERAL DES
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Réf. : CFEH/D/470-2(*)

Avis relatif au financement DPI via le BMF au 1^{er} juillet 2018

Au nom du président,
M. Peter Degadt

Le secrétaire,
M. Facon Pedro



(*) Cet avis a été traité lors de la réunion plénière du 08/03/2018 et ratifié par le bureau à cette même date.

1. Généralités

Il est évident que l'avis du 26 octobre 2017 sert de base pour ce nouvel avis / cet avis complémentaire.

De même, il importe de connaître les arguments du Conseil d'État pour que les grands axes dans la limite desquels l'autorité fédérale peut agir, soient clairs.

De manière générale, on peut affirmer que les membres du groupe de travail sont favorables aux principes sous-jacents des BMUC, mais **les règles du jeu doivent être connues à l'avance** (et certainement pas être modifiées en cours de processus), tant en ce qui concerne les règles relatives à la mise en place des fonctionnalités que l'utilisation de celles-ci dans le financement.

C'est pourquoi les membres plaident en faveur d'un calendrier adapté, afin que tous les hôpitaux puissent s'adapter à la mise en œuvre des BMUC avec un contenu connu (au préalable) et que le financement s'effectue sur la base de paramètres validés à l'avance en ce qui concerne une définition univoque, une faisabilité en termes d'implémentabilité & de mesurabilité, et une période de référence convenue. Concrètement, ceci implique que le financement d'une partie variable basée sur une mesure objective ne peut pas commencer avant 2019, à condition que les hôpitaux soient informés à temps et reçoivent le temps d'exécution nécessaire.

Un système de suivi, également, doit faire partie du système des BMUC.

La mise en place rapide du comité d'accompagnement au sein du CFEH peut constituer un puissant levier pour un processus et un calendrier réalistes et dotés d'un soutien en vue du financement futur du DPI sur la base des BMUC.

Certains membres du CFEH souhaitent rappeler l'avis susmentionné qui précisait que, compte tenu des fonctionnalités indispensables à prévoir dans le DPI des centres hospitaliers spécialisés (dits « hybrides »), les modalités de financement prévues pour les hôpitaux généraux doivent également leur être appliquées. D'autres membres expriment leur désaccord à ce sujet.

2. Avis du Conseil d'État

Le Conseil d'État a rendu un avis négatif sur le projet précédent d'AM au motif¹ que les autorités fédérales doivent se limiter à la loi organique, à la programmation et au financement des hôpitaux et de leurs services, y compris les services ICT.

Les Communautés sont compétentes pour les normes d'agrément.

Une concertation avec les entités fédérées est donc souhaitable pour parvenir à une politique cohérente sur le DPI intégré. De plus, les soins de première ligne et les soins à domicile sont totalement de la compétence des Communautés.

3. Financement DPI: socle, accélérateur et early adopter

A. Socle

Compte tenu du fait qu'une grande partie des coûts en matière d'ICT et de DPI repose actuellement sur un coût fixe par hôpital avec une partie variable en fonction de la taille (lits et/ou chiffre d'affaires), les membres de groupe de travail continuent de plaider en faveur du **maintien d'un montant de base** par hôpital, complété par un montant variable en fonction de l'activité ou du chiffre d'affaires.

Il est toutefois logique d'intégrer ceci dans le budget de l'accélérateur, de sorte que le socle (inconditionnel) par hôpital diminue au fil du temps.

	1/7/2017	1/7/2018	1/7/2019
Socle par hôpital	15%	10%	5%
Socle par lit	20%	15%	10%
Accélérateur par h ^ô p.	0%	5%	10%
Accélérateur par lit	60%	65%	70%
Early adopter	5%	5%	5%

B. Accélérateur

Les membres peuvent accepter l'idée d'une partie fixe de l'accélérateur (partie fixe par hôpital et partie au prorata des lits justifiés ou des lits agréés s'il n'y a pas de lits **justifiés**) et une partie variable (qui dépendrait de critères « utilisation du DPI »).

Ils estiment toutefois que la partie variable ne peut pas être liée au critère proposé à la date du 1^{er} juillet 2018.

Critère partie fixe : engagement du Conseil médical et du Conseil d'administration et de la direction de l'hôpital.

Le CFEH considèrent que la fourniture de ce document devrait effectivement être la condition nécessaire et suffisante pour le financement Accélérateur 1/7/2018. Cependant le CFEH signale que la **date du 16 avril 2018** est trop proche pour pouvoir fournir l'engagement écrit du CA et l'avis positif du conseil médical ; ces 2 instances ont des timings fixes de réunions et des procédures à respecter (approbations

finale), et les hôpitaux ne sont même pas encore informés aujourd'hui de l'exigence nouvelle de ce document.

Il faut pouvoir laisser au moins 3 mois à dater du moment où les hôpitaux seront informés officiellement par circulaire de l'exigence de ce document rédigé de façon standard par le SPF, à signer par les hôpitaux).

Critère partie variable : lettre de sortie

La lettre de sortie (comme proposé par la Ministre) ne peut pas servir de critère aujourd'hui pour l'octroi d'une partie variable (20%) du budget accélérateur au 1/7/2018.

Tout d'abord, du point de vue du principe-même, il ne serait pas correct de se focaliser sur un critère spécifique, sur la base de données passées, alors que les hôpitaux pouvaient choisir de travailler prioritairement sur d'autres critères, ne sachant pas que ce critère serait considéré comme étant prioritaire.

De même, il est techniquement impossible aujourd'hui de mesurer cet indicateur de façon objective.

En effet, les lettres de sortie ne sont pas univoquement répertoriées dans les Hubs (de nombreux codes Kmher peuvent être utilisés: les lettres de sorties peuvent être répertoriées sous de nombreux codes possibles et pas nécessairement sous le code "discharge letter", et des rapports de laboratoire ou d'intervention chirurgicale par exemple peuvent a contrario être répertoriés comme "discharge letter"): chaque hôpital utilise aujourd'hui les codes nationaux à sa manière et à sa propre définition de la lettre de sortie. Il ne faudrait pas non plus en arriver à un système où des lettres de sortie au contenu inconsistant seraient publiées dans un délai réduit. L'attente de résultats d'exams complémentaires (anapath ou analyses labo complémentaires par exemple) influence aussi considérablement les délais possibles.

Les membres rappellent aussi les modalités de fonctionnement différentes des Hubs entre entités fédérées, par exemple en matière de consentement du patient (opt out versus opt in).

A Bruxelles et en Wallonie, ce sont les hôpitaux qui gardent les informations si le consentement n'est pas donné et c'est aux hôpitaux qu'incombe la charge et responsabilité de sélectionner ce qui peut être envoyé au hub.

En Flandre, les hôpitaux envoient tout et c'est le hub lui-même qui prend la décision de montrer ou pas.

L'utilisation des données sur les hubs nécessite des définitions univoques et une standardisation des procédures entre hôpitaux, entre hubs, entre entités fédérées qui n'existent pas aujourd'hui.

Le CFEH pointe également des spécificités au secteur de la Santé mentale pour lequel les données et consentements sont particulièrement sensibles.

Ceci pourrait toutefois devenir un critère à terme. Ceci exigerait une harmonisation et une définition sur le plan technique et est à discuter au sein du comité d'accompagnement.

C. Early adopter system (EA)

Le CFEH est d'accord, comme affirmé précédemment dans un avis, avec le principe de contrats B4 pour le concept *early adopter*, mais avec toutefois une scission entre une première phase (partie 1) lors de laquelle plusieurs hôpitaux peuvent participer à la validation de l'instrument de mesure, suivie en deuxième phase (partie 2) de son application pour les EA. Ceci pour éviter que le financement ne soit lié à un instrument dont la validité n'a pas été étayée. Le CFEH se réfère pour de plus amples détails à son avis n° 464.

Par ailleurs, le CFEH rappelle son avis visant à ne pas concentrer tout le budget EA sur un petit nombre d'hôpitaux : il faut fixer un montant maximum par hôpital, et si le budget total n'est pas épuisé, répartir le reste éventuel sur l'ensemble des hôpitaux du Royaume selon les modalités de la partie fixe du budget accélérateur.

Le CFEH souligne aussi toute l'attention à porter à des timings réalistes, y compris pour le budget EA. En effet une collecte pour le 30 avril 2018 alors même qu'aujourd'hui les hôpitaux ne sont pas officiellement prévenus du système et des éléments concrets à fournir, n'est pas réaliste. A fortiori le timing d'un dépouillement des candidatures et d'une analyse par le comité d'accompagnement du DPI en avril 2018 l'est encore moins.

Enfin au niveau technique, les annexes communiquées par la Ministre méritent l'examen d'experts BMUC : le CFEH renvoie vers l'expertise du Comité BMUC quant au fond.

En particulier est d'ores-et-déjà pointé un problème de l'introduction des « déclarations explicites » (spécifications totalement nouvelles, dont le mécanisme n'a pas été discuté et a fortiori n'a pas été développé ou mis en place partout dans les DPI) : « *déclaration explicite que le consentement éclairé ne s'applique pas* », « *déclaration explicite que la volonté thérapeutique ne s'applique pas* », ...)

Les experts des hôpitaux psychiatriques pointent que pour les critères EA 4 et 6, les seuils sont plus élevés que pour les hôpitaux aigus, ce qui ne se justifie pas. Si les services sont en théorie plus homogènes qu'en hôpital aigu, la taille des équipes IT, des intervenants métiers autour du DPI et leur influence auprès des fournisseurs DPI sont moins importants en hôpital psychiatrique.

Des experts pointent également des problèmes liés à SNOMED pour toute utilisation à court terme.

1. En conclusion

Le CFEH tient à souligner qu'il entend soutenir pleinement les principes des BMUC dans le financement des hôpitaux en matière de DPI. Il importe toutefois que le processus (et la voie dans cette direction) et le calendrier soient réalistes et logiques par rapport aux attentes effectives.

Un financement éventuel dans le BMF du 1/7/2018 lié à un processus proactif (validation du paramètre retenu, temps suffisant pour une application uniforme et mesure proactive début 2019 p. ex.) pour une partie variable dans le budget de l'accélérateur n'est donc pas exclu,

mais nécessite de procéder à une forme de révision sur base des données 2019. Il serait indéniablement plus sécurisant pour les hôpitaux et plus simple pour l'Administration d'octroyer l'entièreté du budget accélérateur au 1/7/2018 à la seule condition que la feuille de route et le document reprenant les engagements du Conseil d'Administration et du Conseil médical aient été fournis.

Nous concluons par les idées fondamentales suivantes :

- a) Critères à minima pour le financement au 1/07/18 (feuille de route et document des engagements Conseil d'Administration et Conseil Médical);
- b) Un mandat au Comité d'accompagnement, avec validation par le CFEH, pour :
 - a. examiner le(s) critère(s) à mesurer ainsi que ses modalités (comment, indicateur de résultat) pour l'octroi de la partie variable de l'accélérateur en 2019,
 - b. examen technique des 3 annexes (dans le cadre des "EA" mais aussi et surtout dans un objectif de définition uniforme des fonctionnalités BMUC et des paramètres de mesures possible pour l'ensemble des hôpitaux) et des candidatures "EA" hôpitaux volontaires au "mesurage",
 - c. rédaction d'un livre vert du DPI & BMUC (en accordant une attention à : philosophie et but, modalités et critères du DPI, processus, organisation et calendrier, financement attentif au système socle, A et EA.);
 - d. timing réaliste et critères d'évaluation comparables communiqués à l'avance; l'objectif poursuivi "DPI accélérateur" est atteint malgré les freins et les menaces extérieures.
- c) Tous les hôpitaux font une priorité du DPI.

Les membres rappellent dans un mémorandum l'avis précédent du CFEH

a) Accélérateur:

Les hôpitaux ont été informés officiellement du Belgian Meaningful Use Criteria (BMUC) en 2016 par voie de circulaire, qui se référait à un manuel annexé à l'époque, et qui reste à ce jour la référence officielle pour les hôpitaux et leurs fournisseurs. Toute nouvelle orientation ou re-précision des éléments contenus dans ces documents constitue nécessairement une modification des règles du jeu en cours de route, qui nécessite une adaptation des hôpitaux mais aussi de leurs fournisseurs dont ils sont totalement dépendants.

Les autorités ont largement atteint leur objectif à court terme, à savoir la création d'une dynamique sectorielle en vue de la création de DPI intégrés performants.

Le calendrier global imposé aux hôpitaux reste trop ambitieux voire irréaliste. De nombreux hôpitaux seront en 2019 en pleine implémentation de leur DPI. Pour la plupart, ils n'ont pas choisi le timing : ils dépendent de leurs fournisseurs et, le cas échéant, de leurs partenaires de réseau.

Les membres du CFEH souhaitent non seulement garantir la motivation des hôpitaux individuels à investir dans l'ICT, mais également éviter que la divergence entre les différents hôpitaux ne devienne trop importante.

Par ailleurs, le sous-financement significatif de l'ICT au sein des hôpitaux est une raison supplémentaire pour fixer des objectifs basés sur le BMUC de façon aussi réaliste que possible, s'appuyant sur financement basé à la fois sur le BMUC, mais aussi sur la réalité du terrain et en notamment de la dépendance des hôpitaux aux fournisseurs et réseaux en ce qui concerne les choix de priorités et l'implémentation.

Il convient de rester raisonnable, tant pour le travail de reporting à fournir par les hôpitaux que pour le travail de contrôle à fournir par le SPF : on parle d'un budget limité à répartir et les hôpitaux sont de facto déjà fait du DPI une de leurs priorités majeures, malgré un large sous-financement.

b) Early adopter

- Il convient de limiter l'enveloppe des Early Adopter à 5% du budget, quelle que soit l'année.
- Le système doit viser à combler la fracture numérique entre les hôpitaux et non à l'accroître
- Il importe de se baser sur les mêmes critères BMUC, tant pour les early adopters que pour l'accélérateur.
- Le CFEH peut envisager que le budget (2017 et 2018, compte tenu du délai écoulé depuis l'avis CFEH rendu en octobre 2017 qui insistait sur les échéances) EA fasse l'objet de conventions B4, mais à destination de tous les hôpitaux volontaires au mesurage des critères, qui doivent recevoir et conserver le financement B4 EA pour autant qu'ils ont fourni les données tests de mesurage des critères, et ce indépendamment d'un « score » ou « seuil » atteint. Il ne serait en effet pas admissible qu'un hôpital fournisse ce lourd travail de test de mesurage et ne reçoive en définitive pas le financement de la convention B4.EA.
- L'objectif visé est le dépouillement par le Comité BMUC de toutes les informations reçues de la part des hôpitaux volontaires et la détermination par ce comité BMUC de critères valables pour l'octroi de l'accélérateur (et de l'EA) BMF 1/7/2019 sur base des conclusions tirées de cette phase test de mesurage (timing serré : tous les hôpitaux du Royaume devront recevoir des instructions claires AVANT que la période de référence pour la mesure des données sélectionnées servant de critère de répartition « accélérateur 1/7/2019 » et « EA 1/7/2019 », ne démarre !)
- Il rappelle aussi le principe fondamental à suivre : définition précise de ce qui est attendu des hôpitaux, puis communication officielle de cela aux hôpitaux, temps de développement à insérer à partir de cette date, jugement sur des données postérieures à la date de communication officielle ET de développement achevé.

Les critères ne sont pas du tout connus aujourd'hui... a fortiori les modalités de mesure non plus, et le CFEH et les experts s'interrogent même sur la possibilité de mesurer les critères, et même sur la nécessité

de procéder à ces mesurages dès lors que le cadre doit rester souple par définition même du BMUC (cf. avis du Conseil d'Etat et principe même du BMUC).

Les experts soulignent en particulier l'absence de définition technique possible exhaustive pour le mot « intégré », ce qui a précisément conduit à passer par un système BMUC qui doit rester souple dans la façon de juger que l'objectif d'implémentation d'un DPI est bien atteint.