

SPF SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 12 septembre 2019

Direction générale Soins de santé

CONSEIL FÉDÉRAL
DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Réf. CFEH/D/495-10 (*)

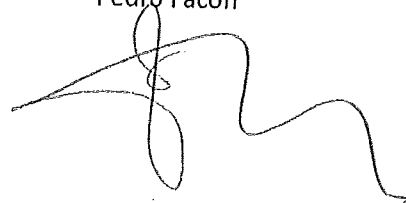
Mémorandum CFEH 2020 - 2024

10 priorités pour un accord de gouvernement fédéral

Résumé et budget pluriannuel

Au nom du président,
Margot Cloet

Le secrétaire,
Pedro Facon



(*) Le présent avis a été traité lors de la réunion plénière du 12/09/2019 et entériné par le Bureau ce même jour.

Introduction

Par ce mémorandum, le CFEH souhaite formuler un avis stratégique à l'intention du prochain ministre de la Santé publique. Sa volonté, ce faisant, est de soutenir le ministre (et par extension le gouvernement fédéral dans son ensemble) dans l'établissement d'un plan pour les soins de santé au cours de la nouvelle législature. Il estime essentiel que le nouveau gouvernement fédéral continue à investir dans les soins de santé et mette en œuvre les réformes nécessaires. Ce résumé présente brièvement les défis, le contexte budgétaire et les 10 priorités proposées par le CFEH. Une explication plus complète et plus détaillée est donnée dans le mémorandum en annexe. Dans le prolongement de ces 10 priorités, le CFEH présente également un budget pluriannuel reprenant les besoins les plus importants des hôpitaux pour la prochaine législature.

Contexte

Les défis auxquels sont confrontés les soins de santé en Belgique ne sont pas des moindres. En ce qui concerne la demande de soins d'une part, l'allongement de l'espérance de vie entraîne une augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques et de pathologies multiples. Les maladies psychiques prennent également de l'ampleur. En ce qui concerne l'offre de soins d'autre part, il faut s'attendre à ce que l'offre de personnel dans les soins de santé diminue, en partie sous l'effet du vieillissement de la population, mais aussi en raison, par exemple, de la demande croissante de travail à temps partiel et d'un bon équilibre travail-vie privée.

Bien que la Belgique soit connue pour la qualité de ses soins de santé¹, elle dépense moins que ses pays voisins². On note cependant que la part du patient est parmi les plus élevées³. Au niveau des dépenses publiques, les hôpitaux sont du reste l'un des seuls secteurs du budget de l'INAMI dont les dépenses restent sous contrôle. Dans ce **contexte budgétaire**, les hôpitaux belges font difficilement face aujourd'hui⁴. Les progrès technologiques, la digitalisation et une prise en charge toujours plus intensive combinés avec les défis sociétaux en matière de soins de santé exercent cependant une pression supplémentaire sur la santé financière. La croissance réelle du budget et le maintien des gains d'efficacité doivent permettre de dégager une marge suffisante à la réalisation des réformes nécessaires afin de pouvoir continuer à offrir des soins de santé de qualité, accessibles et abordables.

10 priorités

L'assurance d'un avenir durable pour les soins de santé en Belgique n'est possible que par le développement d'une vision à moyen et long terme se traduisant dans des objectifs stratégiques. Le CFEH demande d'élaborer un **plan stratégique** s'étalant sur 10 ans dans lequel le CFEH est activement impliquée..

¹ 5^{ème} place à l'European Health Consumer Index 2018

² 10% du PIB 2017 selon les Statistiques de l'OCDE sur la Santé 2018

³ Dépenses propres représentant un montant de 22,8% des dépenses de soins de santé mentale en 2017 selon les Statistiques de l'OCDE sur la Santé 2018

⁴ Résultat courant dans les hôpitaux généraux de 0,2% par rapport au chiffre d'affaires, source: MAHA AZ 2018

Les priorités générales du CFEH en matière de soins de santé sont les suivantes :

1. Gouvernance des soins de santé en Belgique
2. Miser davantage sur les causes des problèmes de santé et moins sur la lutte contre les symptômes
3. Données pertinentes pour le soutien de la politique et de la recherche scientifique

Priorités spécifiques du CFEH en ce qui concerne les hôpitaux :

4. Stimuler les réseaux et l'évolution vers un système de soins intégrés
5. Moyens et mesures en faveur du personnel
6. Passage progressif à un nouveau système de financement
7. Participation des patients dans les hôpitaux
8. Actualisation de la programmation
9. Option explicite en faveur de l'innovation
10. Technologie et recherche scientifique

Le plan stratégique pluriannuel pour la politique des soins de santé doit également comprendre un plan de couverture financière. Les projections du Bureau fédéral du Plan donnent une croissance réelle moyenne de 2,5 % par an sur la période 2020- 20245 dans le cas d'une politique constante. Le secteur hospitalier demande que ladite croissance de 2,5% par an au-delà de l'index soit attribuée pour le secteur hospitalier dans un cadre financier stable et prévisible.

Il souhaite une véritable marge budgétaire qui soit investie dans le fonctionnement des hôpitaux. À l'heure actuelle, toutefois, l'augmentation réelle des ressources financières budgétaires (BMF) s'explique principalement par les montants des engagements contractés dans le passé, les provisions pour recours, le déploiement d'accords sociaux, etc., qui devraient être supportés par d'autres secteurs du secteur de la santé ou même en dehors du budget de la santé.

Le CFEH définit ses priorités budgétaires pour la prochaine législature dans un **budget pluriannuel**, tout en dégagant une marge annuelle. Il est ainsi possible d'inclure des besoins spécifiques dans un avis annuel du CFEH pour l'exercice budgétaire suivant, comme cela a toujours été fait jusqu'ici. Les priorités budgétaires sont reprises dans ce résumé et sont étayées par des fiches techniques jointes en annexe. Il convient de poursuivre les travaux relatifs aux différents types de suppléments au sein des instances ad hoc compétentes. A ce titre, la viabilité financière des hôpitaux ainsi que l'accessibilité financière des soins pour le patient doivent être garanties de même que des soins de santé à deux vitesses doivent être évités.

Cependant, nous sommes conscients de la situation macroéconomique du pays et souhaitons, avec le gouvernement, d'une manière créative, trouver des moyens de créer de l'espace dans le cadre régulier actuel en allégeant la réglementation, la simplification administrative, etc.

⁵ Rapport Bureau du Plan - Perspectives économiques 2019-2024, version février 2019, p. 24

1. Gouvernance des soins de santé en Belgique

Nous constatons que la conduite d'une politique de santé intégrée n'est pas évidente. Ainsi, à l'heure actuelle, on ne compte pas moins de huit ministres compétents pour les soins de santé en Belgique.

Nous plaçons pour une optimisation de la concertation entre les administrations concernées et le secteur afin que des décisions qui évitent le morcellement des soins de santé puissent être prises.

Il est important de créer une assise sociale pour (continuer à) investir dans les soins de santé. Le **modèle consensuel de la sécurité sociale** doit perdurer. Il a prouvé qu'il produit un effet de responsabilisation. La présence d'experts en son sein permet de prendre des décisions réfléchies. Nous avons toutefois conscience que ce modèle peut encore être optimisé et actualisé davantage, par exemple par une plus grande transparence du processus décisionnel. Le CFEH est prêt à entamer le dialogue avec les autorités politiques, l'INAMI et le SPF Santé publique. Il importe que ces deux administrations évoluent davantage en synergie en fonction d'une optimisation de la politique des soins de santé.

2. Miser davantage la sensibilisation aux causes des problèmes de santé et moins sur la lutte contre les symptômes

Dans un premier temps, l'intention du CFEH est de participer à des initiatives visant à sensibiliser la société à l'importance d'un mode de vie sain. La connaissance de la santé, la mise en place d'objectifs de santé et le développement d'aptitudes à la santé constituent à cet égard des instruments importants.

Une implication étroite du secteur dans ce cadre s'avère indispensable, afin que nous puissions utiliser son expertise et créer une assise aussi large que possible pour les objectifs.

3. Données pertinentes pour le soutien de la politique et de la recherche scientifique

Notre souhait est de créer un cadre permettant un partage de données efficace, sécurisé et structuré. Ceci implique la poursuite de la digitalisation, qui doit être correctement financée.

Il y a lieu de s'attaquer adéquatement à la **charge d'enregistrement considérable** dans les hôpitaux. Ceci peut être rendu possible notamment par l'exploitation (semi-)automatique des données issues des dossiers patients informatisés ou par l'obtention de certaines informations via un échantillon représentatif des établissements.

Il faut également **plus de transparence et de simplicité** dans le rapportage de données médicales et infirmières. Les objectifs poursuivis par les divers enregistrements doivent être clairement documentés (financement, qualité, cadastres, programmation, caractérisation et définition de l'offre, caractérisation du patient, ...). Le double enregistrement est à éviter et à supprimer.

La collecte et le traitement des données ne seront concluants que s'ils font l'objet d'un **audit**, avec possibilité de sanction. Aussi nous demandons que la concertation entre les experts, les utilisateurs et l'administration reste maintenue afin de surveiller et d'améliorer ce processus.

Nous renvoyons notamment à l'avis du CFEH relatif à l'ébauche d'un enregistrement minimal rénové dans les établissements de SSM (avis CNEH/D/PSY/420-1 du 8 novembre 2012) et à d'autres avis concernant la simplification administrative (avis du CFEH intitulé "CFEH/D/SF/135-3" du 23 mars 2017).

Il importe en outre de créer un cadre éthique et juridique pour l'utilisation des **big data** et de **l'intelligence artificielle**.

4. Stimuler les réseaux et l'évolution vers un système de soins intégrés

4.1 Collaboration entre hôpitaux

Le Moniteur belge du 28/03/2019 a publié la loi modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre **hôpitaux généraux**. Cette loi prescrit qu'à partir du 1er janvier 2020, tout hôpital général doit faire partie d'un réseau hospitalier locorégional.

Alors que les réseaux entre HG sont mis en place, les réseaux de **soins en santé mentale** pour adultes (en ce compris les personnes âgées) et pour enfants et adolescents ont besoin de stabilisation et de consolidation⁶. Les réseaux cliniques et les réseaux de soins en santé mentale ne doivent pas renforcer la distinction artificielle entre problèmes somatiques et psychiques, mais faciliter la collaboration entre les deux.

Pour pouvoir stimuler et réaliser effectivement cette collaboration, les hôpitaux belges, tant généraux que psychiatriques, ont besoin d'un modèle de financement adapté. Il faut un **cadre financier stable et fiable** ; concrètement, il faut ancrer le principe de maintien du budget (cf. art. 107), qui permet le réinvestissement des budgets dégagés grâce aux gains d'efficience/au gel de lits.

À court terme, on investira tout d'abord de manière ciblée afin de permettre la collaboration. À cet égard, nous pensons en premier lieu à l'échange électronique de données patient et aux coûts de la gouvernance des réseaux, dans laquelle les médecins hospitaliers sont également impliqués de manière active.

Besoin budgétaire (estimation par le secteur): (fonctions de) coordination, gestion et fonctionnement :

- 1) 16 millions d'euros pour 25 réseaux hospitaliers locorégionaux (Fiche 3a)
- 2) 8 millions d'euros pour 20 réseaux art. 107 (fiche 3b)

⁶ Le CFEH renvoie aux mémorandums spécifiques des organes de concertation "Adultes" et du Comité pour la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents (COMSMEA)

Avec la formation des réseaux hospitaliers, le transport entre hôpitaux deviendra également plus intensif. Il est recommandé d'intégrer le transport entre hôpitaux dans la réforme du financement des hôpitaux.

Il faut prêter l'attention nécessaire au rôle spécifique des **hôpitaux universitaires** au sein des réseaux hospitaliers locorégionaux et mieux définir les missions de soins universitaires. Les hôpitaux universitaires jouent également un rôle important dans la recherche scientifique clinique, le développement de nouvelles technologies et l'enseignement, en étroite collaboration avec les facultés de médecine et les réseaux des services de stage.

4.2 Soins intégrés

Les hôpitaux et réseaux d'hôpitaux ne sont toutefois pas des îlots ni des groupes d'îles dans les soins de santé. Au cours de ces prochaines années, il faudra élargir, en fonction des "soins intégrés", la collaboration et la formation de réseaux entre les hôpitaux, la première ligne, les réseaux/acteurs de soins de santé mentale, les soins résidentiels aux personnes âgées et le secteur de la réadaptation. Nous nous focaliserons aussi davantage sur la prévention, les soins pré- et post-hospitaliers en conséquence, notamment, de la poursuite de la diminution de la durée des séjours hospitaliers et sur les formes alternatives de soins (hospitalisation à domicile, hôtel de soins, community based living, etc.) dans le cadre d'une collaboration entre les première et deuxième lignes.

Le CFEH demande un cadre réglementaire souple et la levée des obstacles à la collaboration. Il s'agit, dans ce cadre, des obstacles qui se trouvent dans la législation relative aux soins de santé, mais également des adaptations apportées à la législation connexe, p. ex. en ce qui concerne la fiscalité et le droit du travail.

5. Moyens et mesures en faveur du personnel

L'un des principaux défis pour les soins de santé dans les années à venir sera de trouver suffisamment de personnel adéquat. Une combinaison de mesures et d'investissements s'impose. En voici une ébauche.

5.1 Davantage de personnel et mobilisation plus flexible

Davantage de soins au chevet du patient dans le cadre d'une hospitalisation classique et de jour. En moyenne, les soins hospitaliers sont devenus plus intensifs et plus complexes, alors que les normes de personnel et le financement sont demeurés inchangés. Plusieurs publications récentes ont révélé que les moyens investis par patient au sein des divers pays européens sont fort hétérogènes. Dans ce domaine, la position de la Belgique est inconfortable. En outre, la recherche internationale dans les hôpitaux aigus pointe également le risque accru de mortalité en cas de ratio croissant patients/personnel infirmier et de qualifications en baisse⁷. Dans le contexte hospitalier belge, un plan spécifique de remédiation axé sur l'avenir sera ici indispensable. Aujourd'hui, l'encadrement belge est de 1 infirmier pour 11 patients ; dans les pays qui nous entourent, il est en moyenne de 1 pour 8

⁷ Aiken et al, 2014, Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study; The lancet

patients. Si nous voulons continuer à mettre la qualité en avant, une évolution vers un encadrement plus élevé par patient sera donc nécessaire. Il va sans dire que le financement doit suivre.

Besoin budgétaire : renforcement de l'encadrement au chevet du patient

Le secteur hospitalier estime que le renforcement de l'encadrement (prioritairement infirmier), au chevet du patient pour atteindre la moyenne européenne, excède le milliard d'euros. Nous demandons dès lors à cette législature de consentir deux efforts de 150 millions d'euros, tant pour les hôpitaux généraux que pour les hôpitaux psychiatriques. Nous répartirons l'impact budgétaire sur 4 ans, à savoir 4 tranches de 75 millions d'euros (fiche 1).

Ce qui précède est basé sur une demande budgétaire réaliste pour les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques. Un besoin criant de personnel supplémentaire se fait également ressentir dans le cadre du traitement résidentiel des patients présentant des PPG⁸ et, par exemple, dans le cadre de la loi sur les hospitalisations forcées.

Le renforcement de l'encadrement doit aller au-delà du chevet du patient et porter également sur d'autres fonctions indispensables qui sont aujourd'hui fortement sous-financées, p. ex. les services informatiques, etc. La réforme de la loi relative aux admissions forcées nécessite elle aussi un investissement supplémentaire en personnel soignant.

Le personnel doit également pouvoir être mobilisé de manière plus flexible entre les différentes activités de l'établissement de soins et son réseau. Les ressources humaines doivent pouvoir être réparties entre les activités en fonction des besoins des patients et non en fonction des normes strictes de chaque service distinctement. Dans la même ligne, la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé nécessite une actualisation. Compte tenu du besoin de nouvelles professions de soins, de l'anticipation de problèmes ou de pénuries etc., ceci doit nous permettre une mise en œuvre plus efficiente du personnel en fonction de compétences individuelles et de la subsidiarité.

5.2 Pacte pour les carrières

En collaboration avec des experts, les partenaires sociaux et les pouvoirs publics, le secteur souhaite développer une politique de carrière ambitieuse qui doit prendre la forme d'un pacte pour les carrières. Nous entrevoyons ici différents défis.

- Défi 1 : nécessité d'une différenciation dans les fonctions pour soulager la pression du travail sur le personnel infirmier
- Défi 2 : adoption d'une position en ce qui concerne l'éternel débat sur la formation d'infirmier breveté (HBO5 en Flandre)
- Défi 3 : carrières en alternance, avec un agrément de "compétences acquises antérieurement et ailleurs"

⁸ Pathologies psychiatriques graves

- Défi 4 : combattre l'image négative en combinaison avec un plan d'attractivité clair

Nous souhaitons en outre attirer l'attention sur les professions en pénurie, une plus grande flexibilité au niveau des possibilités de rémunération et le renforcement organisationnel des réseaux hospitaliers, dont le département médical et les autres départements cliniques.

L'instauration de l'IFIC a été une première étape vers une rémunération liée à la fonction en remplacement de l'actuelle rémunération rigide basée sur le diplôme. Il est toutefois essentiel que le déploiement de l'IFIC soit poursuivi, avec un budget en équilibre pour une prochaine étape à part entière et avec une marge de discussion en vue d'une amélioration continue de ce nouveau système de rémunération. Le nombre de phases de ce déploiement doit être réduit au minimum.

Besoin budgétaire : instauration complète de l'IFIC

La mise en œuvre de l'IFIC à 100% au sein de la CP 330 nécessitera durant les premières années un effort budgétaire de quelque 400 millions d'euros dont 95 millions ont déjà été structurellement prévus dans le cadre de l'accord social de 2017.

Par analogie avec l'instauration de l'IFIC dans les hôpitaux privés, l'IFIC devra également être déployé dans les hôpitaux publics. 43 millions d'euros ont déjà été structurellement dégagés à cette fin.

Le CFEH demande que les obligations résultant de l'accord social ne soient pas portées à la charge de la marge de croissance du BMF.

6. Passage progressif à un nouveau système de financement

Compte tenu du financement complexe et inadéquat dans le BMF, un nouveau financement s'impose, permettant aux hôpitaux de faire face aux obligations et évolutions actuelles et futures. **Un nouveau financement des hôpitaux sera axé sur un modèle intégré visant l'efficacité et la qualité et qui stimule l'entrepreneuriat social. Son principe fondamental est un financement équitable des hôpitaux sans pénurie de moyens prévoyant les incitants nécessaires (voir ci-dessus) à l'établissement de collaborations.**

Nous appliquons les principes de base suivants pour la réforme du financement des hôpitaux :

- Orientation prospective associée à des révisions limitées, au lieu du financement directif et rétrospectif actuel.
- Couverture des coûts, des incitants financiers devant assurer une organisation optimale et efficace des soins.
- Stimulants pour la qualité, la sécurité et la collaboration. Il est tenu compte des résultats, et pas seulement des actes réalisés.
- Financement plus simple et plus transparent. Nous renvoyons ici à l'avis du CFEH concernant la simplification du BMF (réf. : CFEH/D/SF/135-3, 23/03/2017). Les paramètres de calcul des sous-parties B1 et B2 du BMF nécessitent aussi une actualisation, avec le maintien d'une certaine flexibilité. Une actualisation de la répartition requiert également de combler le sous-financement global de ces sous-parties par l'apport de moyens supplémentaires.

- Un financement adapté aux missions universitaires spécifiques, dans la lignée des pratiques internationales en la matière.

Dans le cadre de la réforme du financement (hospitalier), un recalibrage de la nomenclature et un cadre clair pour les projets pilotes (entre autres : durée, possibilités d'adaptation, évaluation, structuration), sont également nécessaires. Les travaux relatifs aux différents types de suppléments doivent être poursuivis dans les instances ad hoc (cfr plus haut).

En matière de financement des HP, nous renvoyons à l'avis du CNEH concernant un nouveau système de financement prospectif et orienté vers les programmes de soins de santé mentale (avis CNEH/D/446-2 du 9 juillet 2015).

7. Participation des patients dans les hôpitaux

Il importe que les soins soient organisés au départ des besoins du patient. Apporter son soutien aux structures qui appuient et donnent forme aux organisations de patients au niveau méso-régional peut être une condition importante à la collaboration entre les associations de patients et les hôpitaux, afin que la qualité de soins soit évaluée et puisse être adaptée.

8. Actualisation de la programmation

Dans le prolongement de ce que nous venons d'esquisser, une actualisation de la programmation actuelle s'impose. Des accords à ce sujet doivent être conclus avec les Communautés et Régions, de façon à éviter les imprécisions lors de sa mise en œuvre. Elle devra être nationale, basée sur des données probantes ("evidence-based"), transparente et évolutive (en tenant compte des tendances démographiques) ; quant à la répartition de la programmation, il faudra tenir compte des flux réels de patients et, si cela s'avère pertinent, de l'expertise acquise.

9. Option explicite en faveur de l'innovation

Des besoins nouveaux émergent dans le cadre de soins intégrés de qualité au sein des réseaux. L'un des principaux est le développement de l'**infrastructure IT** dans et en dehors des hôpitaux, avec comme pierre angulaire le dossier patient informatisé.

Un premier pas a été accompli en 2016 avec l'élaboration des "Belgian Meaningful Use Criteria". Le mécanisme de financement basé sur les BMUC a pour but de parvenir à une uniformisation et à des possibilités d'échange optimales. En collaboration avec le secteur, les objectifs, les exigences et les fonctionnalités pour les TIC doivent continuer à faire l'objet d'une analyse, d'un suivi et d'un financement.

Des critères BMUC réalistes pour les années à venir doivent être fixés le plus rapidement possible de façon à ce que le secteur ait suffisamment de temps pour les implémenter. Le CFEH et le comité d'accompagnement doivent être reconnus en tant que pilotes à part entière du programme BMUC.

Besoin prioritaire en infrastructure IT

Le besoin en infrastructure IT dans les hôpitaux est estimé par le secteur à 550 millions d'euros (2,59% du chiffre d'affaires). Les pouvoirs publics en financent environ 10%. Suite à la première tranche de ressources dégagées en 2016, le CFEH demande des tranches supplémentaires de 40 millions d'euros chacune pour financer l'appui des TIC dans les processus de soins cliniques, en particulier le dossier patient informatisé (DPI), et les processus relatifs à la gestion de l'entreprise (fiche 2).

10. Technologie et recherche scientifique

L'innovation reste le moteur crucial de progrès pour l'économie du savoir, aussi dans les soins de santé. Il faut développer non seulement de nouvelles interventions cliniques, mais aussi des innovations permettant d'optimiser l'organisation et le financement des soins.

Les hôpitaux universitaires jouent un rôle crucial dans ce domaine, du fait de leur intégration dans l'université et, en conséquence, de leur connexion étroite avec les autres disciplines scientifiques.

Priorités budgétaires hôpitaux 2020-2024

Croissance réelle du BMF

Afin de garantir une accessibilité financière pour le patient et la viabilité financière des hôpitaux, le secteur hospitalier demande une croissance réelle du BMF dans un cadre financier stable et prévisible. Une croissance estimée par le secteur de 2,5% par rapport à l'actuel BMF représente une masse budgétaire de 200 millions d'euros⁹ s'ajoutant structurellement chaque année en plus de l'index.

Le CFEH définit ses priorités budgétaires pour la prochaine législature dans un budget pluriannuel 2020-2024, tout en dégageant une marge annuelle. Il est ainsi possible d'inclure des besoins spécifiques ou les nouvelles initiatives dans un avis annuel du CFEH pour l'exercice budgétaire suivant, comme cela a toujours été fait jusqu'ici. Les priorités budgétaires ci-dessous sont définies dans le texte ci-dessus et sont étayées par des fiches techniques jointes en annexe.

Le CFEH souhaiterait affecter les moyens disponibles en priorité aux hôpitaux généraux et psychiatriques :

- au renforcement de l'encadrement en personnel (fiché 1) : 4 tranches de 75 millions d'euros
- à l'appui des TIC et au DPI (fiche 2) : 3 tranches de 40 millions d'euros

⁹ 2,5% sur le budget BMF 2019((8.270.605.509 euro, voir AR 27 déc 2018) = 206.765.138 euro

- à la coordination, à la gestion et au fonctionnement des réseaux (fiche 3a et b) : 16,4 et 8 millions d'euros pour les réseaux d'hôpitaux locorégionaux et les réseaux 107 dans la SSM.

Meerjarenbegroting BFM		Totale kost ziekenhuizen	Totaal bijkomend structureel 2020-2024	2020	2021	2022	2023	2024
1.	Verhoging verpleegkundige omkadering (AZ+PZ)	> 1.000.000.000	300.000.000	75.000.000	75.000.000		75.000.000	75.000.000
2.	ICT - EPD (AZ + PZ)	550.000.000	120.000.000	40.000.000		2 x 40.000.000		
3.	Coördinatie, beheer en werking netwerken (AZ + PZ)							
	a. locoregionale ziekenhuisnetwerken	16.409.250	16.409.250	16.409.250				
	b. netwerken 107	8.000.000	8.000.000	8.000.000				
			TOTAAL	131.409.250	75.000.000	80.000.000	75.000.000	75.000.000

Meerjarenbegroting BFM		Totale kost ziekenhuizen	Totaal bijkomend structureel 2020-2024	2020	2021	2022	2023	2024
1.	Verhoging verpleegkundige omkadering	> 1.000.000.000	300.000.000	75.000.000	75.000.000		75.000.000	75.000.000
2.	ICT - EPD	> 550.000.000	120.000.000	40.000.000		2 x 40.000.000		
3.	Coördinatie, beheer en werking netwerken							
	a. locoregionale ziekenhuisnetwerken	16.409.250	16.409.250	16.409.250				
	b. netwerken 107	8.000.000	8.000.000	8.000.000				
Bijkomende Initiatieven/prioriteiten, zie Jaarlijks advies FRZV				60.590.750	125.000.000	120.000.000	125.000.000	125.000.000
			TOTAAL	200.000.000	200.000.000	200.000.000	200.000.000	200.000.000

Pas au détriment de la croissance du BMF

Le CFEH souhaite une véritable marge budgétaire qui ne soit pas utilisée pour honorer des engagements du passé. Engagements historiques, par exemple, des accords sociaux ou des corrections basées sur une activité réelle devraient être payés par des budgets exogènes au moyen de révisions accélérées et ne plus grever la confection budgétaire annuelle du Budget des Moyens Financiers (BMF). Il est ici question de l'impact ponctuel après la révision de certaines années. L'impact structurel des révisions est, en revanche, bien supporté par la croissance du BMF.

- La confection du budget de BFM 2020 prévoit 336,7 millions d'euros pour l'impact ponctuel des révisions pour les années 2013-2014.
- 35 millions d'euros ont été inclus pour l'intégration structurelle des révisions de 2013-2014.

De même, la mise en œuvre de l'accord social 2017 et, en particulier, de l'IFIC, et de nouveaux accords, ne devrait pas éroder la marge budgétaire disponible dans le BMF.

- Ainsi l'application de l'IFIC privé dans le Commission paritaire 3.30 demande un effort d'environ 400 millions d'euros les premières années, dont 95 millions sont déjà structurellement prévus dans le cadre des accords sociaux de 2017.
- IFIC sera également être mis en place dans le secteur public, dont déjà 43 millions euros ont été structurellement libérés.

De plus, le CFEH constate que ces dernières années les dispositions prises pour les procédures de recours sont en forte augmentation. Il s'agit des conséquences financières imputables aux annulations de dispositions concernant certains financements dans le BMF. Cette charge ne devrait pas non plus être supportée par le BMF, tout comme cela ne semble pas être le cas pour d'autres secteurs au sein de l'INAMI lorsqu'il y a un impact financier résultant des procédures de recours.

- Le budget 2020 ne comprend pas moins de 268,7 millions d'euros de provisions pour les procédures de recours concernant le BMF.

Les ressources du budget-cadre, qui sont en principe imputées au budget d'autres secteurs du secteur de la santé, devraient également être exclues de la croissance du budget-cadre. Par exemple, la fonction médicale dans les réseaux 107 est financée par le BMF, mais cela doit en fait être supporté par les honoraires.

Le CFEH demande enfin que l'on soit attentif à la problématique des pensions statutaires dans les hôpitaux, un problème qui est d'ailleurs plus large que dans le cadre des hôpitaux. A ce niveau, une solution budgétaire doit être trouvée afin que la santé financière des hôpitaux concernés puisse être préservée. Il s'agit ici d'une problématique de pension, qui ne peut être à charge du budget des soins de santé.

- Dans le BMF 1/7/2019, un budget de 79 millions d'euros est réparti entre les hôpitaux pour le financement des retraites légales. Ceci est à mettre en regard par une charge de pension pour les hôpitaux belges de 242 millions d'euros¹⁰.

¹⁰ Contribution de base et contribution redevable pour l'année 2017, dernière année calendrier complète.

**SPF SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**

Bruxelles, 12/09/2019

Direction générale Soins de santé

**CONSEIL FÉDÉRAL
DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS**

Annexe

Mémorandum 2020 - 2024

Table des matières

Mémemorandum	4
1. Mission/vision du Conseil fédéral des établissements hospitaliers (CFEH).....	4
2. Évolutions démographiques, tendances et contexte sociétal	4
2.1. Soins chroniques et vieillissement	4
2.2. Maladies psychiques au cours des phases de la vie	4
2.3. Personnel et GRH	5
3. Contexte économique et budgétaire.....	6
3.1. Contexte macroéconomique	6
3.2. Projection de la croissance des soins de santé.....	6
3.3. Dépenses publiques pour les soins de santé en Belgique (PIB).....	7
3.4. Évolution du nombre de lits psychiatriques.....	8
3.5. Évolution des journées d'hospitalisation aiguës	9
3.6. Diversité dans le recours aux soins de santé	9
3.7. Le défi sociétal	10
3.8. Transparence au niveau des budgets	10
4. Priorités 2019-2025	11
4.1. Gouvernance des soins de santé en Belgique	12
4.2. Miser davantage sur les causes des problèmes de santé et moins sur la lutte contre les symptômes	12
4.3. Stimuler les réseaux et l'évolution vers un système de soins intégrés	13
4.3.1. Collaboration au sein de réseaux.....	13
4.3.2. Soins intégrés	15
4.4. Moyens et mesures en faveur du personnel.....	15
4.4.1. Davantage de personnel autour du patient	15
4.4.2. Réforme de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé	16
4.4.3. Pacte pour les carrières.....	17
4.4.4. Priorité aux professions en pénurie.....	17
4.4.5. Priorité au renforcement organisationnel.....	18
4.4.6. Flexibilité accrue au niveau des possibilités de rémunération	18
4.4.7. Généralisation des barèmes IF-IC	18
4.4.8. Entraves à la collaboration au sein des réseaux résultant du droit du travail	18
4.4.9. Points d'attention concernant les soins infirmiers.....	19
4.5. Passage progressif à un nouveau système de financement.....	19

4.6. Participation des patients dans les hôpitaux	21
4.7. Actualisation de la programmation.....	22
4.8. Données pertinentes pour le soutien de la politique et de la recherche scientifique.....	22
4.9. Option explicite en faveur de l'innovation	23
4.10. Technologie et recherche scientifique	23

Mémoire

1. Mission/vision du Conseil fédéral des établissements hospitaliers (CFEH)

Quoi ? Soutien et préparation de la politique dans le domaine de la programmation et du financement des hôpitaux

Comment ? Formulation d'avis à la demande du ministre de la Santé publique, de la Sécurité de la Chaîne alimentaire et de l'Environnement ou à l'initiative propre du CFEH en fonction d'une vision à moyen et long terme, de son expertise et expérience dans le domaine des soins de santé, de l'estimation des besoins de soins réels, d'un fonctionnement basé sur des données probantes ("evidence-based"), d'évolutions internationales, ...

Pourquoi ? Contribuer à des soins de santé de qualité, accessibles, abordables et durables en Belgique.

La formulation d'un avis stratégique à l'intention du prochain ministre de la Santé publique s'inscrit dans le cadre des objectifs et activités du CFEH. Par ce mémoire, sa volonté est de soutenir le ministre (et par extension le gouvernement fédéral dans son ensemble) dans l'établissement d'un plan pour les soins de santé au cours de la nouvelle législature. Il demande dès lors au nouveau gouvernement fédéral de continuer à investir dans les soins de santé et de mettre en œuvre les réformes nécessaires.

2. Évolutions démographiques, tendances et contexte sociétal

2.1. Soins chroniques et vieillissement

L'accroissement de l'espérance de vie entraîne une forte augmentation du nombre de personnes âgées dans notre société. En 2016, 8,9% des Belges étaient âgés de plus de 75 ans ; en 2045, ce chiffre grimpera à 14,4%. Sous l'effet du vieillissement, le nombre de malades chroniques est en progression et un groupe croissant de patients souffre simultanément de plusieurs maladies chroniques. Un Belge sur quatre souffre d'au moins une maladie chronique, comme l'arthrite rhumatoïde ou les troubles du sommeil. Plus de la moitié des personnes de plus de 65 ans en totalisent au moins trois. Actuellement, les soins de santé sont souvent axés sur le traitement spécifique d'une seule pathologie. Dans le futur, la recherche devra se focaliser davantage sur l'évaluation des interventions de soins en cas de polymorbidité et sur les interactions entre les différentes interventions. L'évolution vers des pathologies plus chroniques modifie radicalement les besoins de soins. Une nécessité beaucoup plus forte se fait sentir de soins de longue durée (au lieu d'épisodiques), et de soins mieux coordonnés, mieux intégrés et mieux harmonisés entre les divers prestataires.

2.2. Maladies psychiques au cours des phases de la vie

Depuis 2018, les maladies psychiques sont reprises par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) sur la liste des maladies qualifiées de "non transmissibles". D'ici 2020, dans l'UE, des maladies psychiques telles que la

dépression, les troubles anxieux, les assuétudes... seront responsables d'un plus grand nombre de handicaps, de maladies, d'incapacités de travail et de décès prématurés que les maladies cardiovasculaires, le cancer, les troubles respiratoires chroniques et le diabète. Dans la tranche d'âge des 14-25 ans, les problèmes de santé mentale représentent la plus forte part de l'impact des maladies exprimé en DALY (Disability Adjusted Lived Years - années de vie ajustées sur l'incapacité). Les tableaux psychiatriques graves chez les adultes se manifestent dans 3 cas sur 4 par des premiers symptômes entre 14 et 25 ans.

Selon les statistiques de l'OCDE, notre pays consacre environ 10% de son PIB, soit 45 milliards d'euros (2018), aux soins de santé. Environ 0,6% du PIB, soit 2,7 milliards d'euros (2018), est consacré aux soins de santé mentale, alors que l'impact du malaise psychique sur l'économie représente 3,5 à 4% du PIB. Cela offre un contraste criant avec la recommandation de l'OCDE qui consiste à consacrer 10% du budget de la santé aux soins psychiques, ce qui correspondrait à un budget supplémentaire de 1,8 milliard d'euros.

Il est évident qu'investir davantage dans les soins de santé (mentale) n'est pas un investissement à fonds perdus. Les effets retour attendus sont importants (e. a. meilleures chances de réussite dans l'éducation, diminution des indemnités d'invalidité, participation croissante/maintenue au marché du travail, soins somatiques plus efficaces chez les patients psychologiquement vulnérables, observance thérapeutique accrue même en cas de problématiques somatiques, ...)¹.

2.3. Personnel et GRH

Le taux de croissance annuel de la population belge diminuera progressivement de 0,48 % en 2017 à 0,35 % en 2024 (il était encore de 0,6 % en moyenne sur la période 2000-2017). Le tassement de la contribution démographique au cours des années 2016-2017 a été compensé par une évolution plus dynamique des taux d'activité, si bien que la croissance de la population active au cours de cette période (0,50 % par an en moyenne) a plus que doublé en comparaison avec 2015 (0,22 %)².

Il faut s'attendre à ce que l'offre de personnel dans les soins de santé diminue, sous l'effet du vieillissement de la population, de la demande croissante de travail à temps partiel et d'un bon équilibre travail-vie privée. Dans ce cadre, une politique RH pour les médecins hospitaliers et les spécialistes en formation actifs dans les hôpitaux mérite également une attention particulière.

L'indicateur de tension indique le rapport entre le nombre de demandeurs d'emploi et le nombre de postes vacants. De grandes différences s'observent surtout dans les professions des soins de santé (<https://www.vdab.be/trendsdoc/beroepen/index.html>). Une politique active de recrutement et de rétention dans les soins de santé, de même que l'incitation des jeunes à suivre des formations dans les soins de santé, demeureront nécessaires. La pénurie croissante nous contraindra à réexaminer en profondeur la réalisation des tâches imparties aux divers dispensateurs de soins.

Il va de soi que des innovations techniques (comme l'intelligence artificielle et les évolutions technologiques) entraîneront simultanément une modification des soins et des besoins de soins. Il nous faudra tenir compte de ce contexte évolutif et adapter nos modèles.

¹ "Economic pay-offs per £ 1 invested in each intervention" de David Mc Daid, PSSRU, LSE Health & Social Care London School of Economics and Political Science).

² Rapport Bureau du Plan - Perspectives économiques 2019-2024, version février 2019, page 5

3. Contexte économique et budgétaire

3.1. Contexte macroéconomique

4. Resultaten van de projectie									
Table 1a Macroeconomic prospects									
	ESA Code	2018	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
		level (billion of 2010 euros)	rate of change	rate of change	rate of change	rate of change	rate of change	rate of change	rate of change
1. Real GDP	B.1g	402.5	1.4	1.3	1.4	1.4	1.2	1.2	1.1
2. Nominal GDP	+D.21 -D.31	450.7	2.7	3.1	3.0	3.0	2.9	3.0	2.9

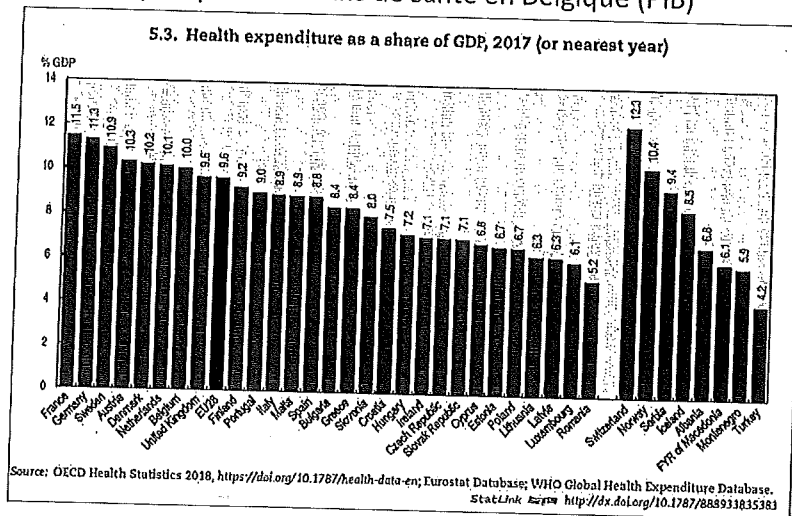
source : Rapport Bureau du Plan - Perspectives économiques 2019-2024, version février 2019, pp. 1 et 27

L'économie belge a été affectée par le ralentissement conjoncturel européen ; sa croissance a dès lors fléchi de 1,7 % en 2017 à 1,4 % en 2018. Il est attendu qu'elle croisse à un rythme similaire durant la période 2019-2021 (1,4 % en moyenne), avec un affaiblissement de la croissance des exportations et une accélération de la croissance de la demande intérieure, sous l'impulsion de la consommation des particuliers et des investissements des entreprises. Au cours de la période 2021-2024, l'économie belge afficherait une croissance moins soutenue, de l'ordre de 1,2 % en moyenne, laquelle serait caractérisée par une décélération de la croissance des composantes privées de la demande intérieure.

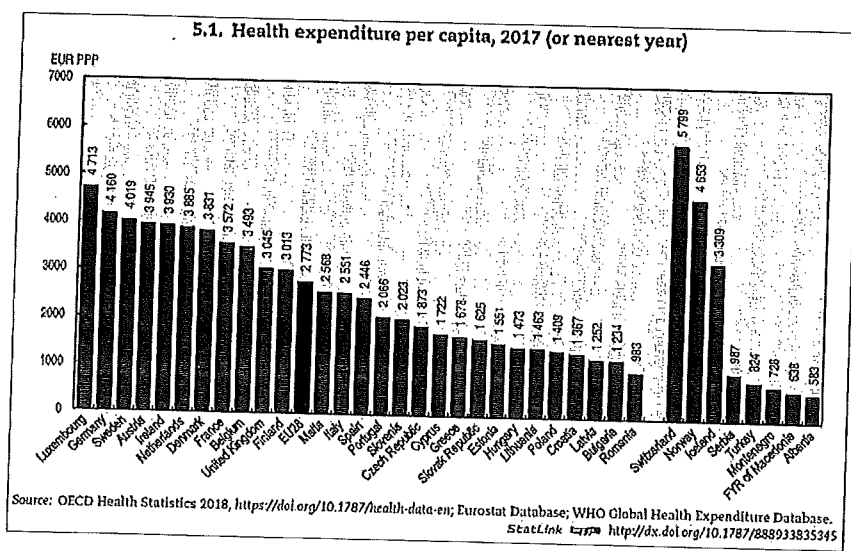
3.2. Projection de la croissance des soins de santé

À partir de 2020, la projection des dépenses réelles de soins de santé repose sur une modélisation économétrique. Pour les soins aigus, le nouveau modèle PROMES a été utilisé pour la première fois. Les soins de longue durée sont encore principalement projetés au moyen d'un modèle macroéconomique de séries temporelles. La croissance réelle du total des dépenses de soins de santé est légèrement supérieure à l'estimation de l'an dernier, mais est toujours nettement inférieure à la moyenne historique. Globalement, la projection donne une croissance réelle moyenne de 2,5 % par an sur la période 2020- 2024. Il s'agit là d'une projection de la croissance dans le cas d'une politique constante. [Rapport Bureau du Plan Perspectives économiques 2019-2024, version février 2019, p. 19]

3.3. Dépenses publiques pour les soins de santé en Belgique (PIB)



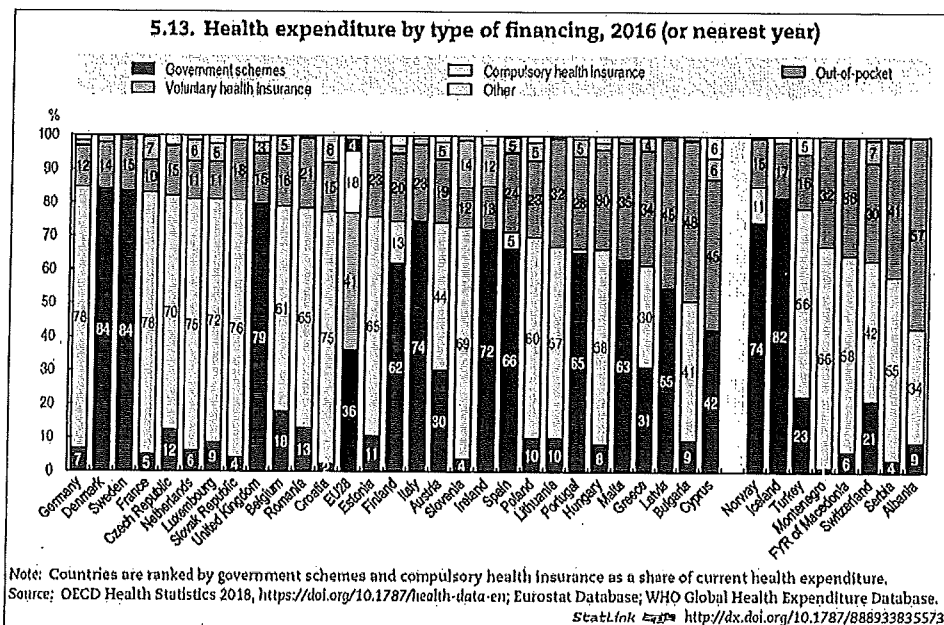
En 2017, l'UE dans son ensemble a consacré 9,6% de son PIB aux soins de santé. Ce chiffre est resté largement inchangé par rapport aux niveaux de 2015 et 2016, puisque la croissance des dépenses de santé est en grande partie restée conforme à la croissance économique générale. En Belgique, ce chiffre s'est élevé à 10% du PIB. Parmi les États membres de l'UE, six ont dépensé davantage en soins de santé en termes relatifs, la France (11,5%) et l'Allemagne (11,3%) étant ceux qui ont consacré la part la plus importante de leur PIB aux soins de santé. Néanmoins, cette part reste largement en dessous de celle des États-Unis, où les dépenses pour les soins de santé en 2017 ont représenté 17,2% du PIB.



Source : Health at a glance, Europe, pp. 131-135, 2018

Pour mieux comprendre les différentes dynamiques, les dépenses de santé en termes de pourcentage du PIB doivent être examinées au regard des dépenses de santé par habitant. Alors que les pays à hauts revenus ont tendance à consacrer une part plus importante de leur revenu aux soins de santé, certains pays qui enregistrent des dépenses de santé assez élevées par habitant peuvent présenter des dépenses de santé relativement faibles par rapport à leur PIB, et vice versa. Malgré le fait que le

Luxembourg totalise les dépenses les plus élevées par habitant dans l'UE, il présente l'une des parts les plus faibles des dépenses de santé par rapport au PIB. Ceci reflète le niveau élevé de bien-être économique. En ce domaine aussi, la Belgique se situe un peu au-dessus de la moyenne européenne.



Source : Health at a glance, Europe, p. 143, 2018

Les soins de santé sont pris en charge par différents systèmes de financement. Dans les pays où la population dispose d'un droit aux soins de santé, par exemple en fonction du domicile, le financement par le biais d'une intervention publique est la forme la plus importante. Dans d'autres pays, l'une ou l'autre forme d'assurance obligatoire soins de santé (assurance sociale soins de santé ou couverture par des assureurs privés) couvre habituellement la majeure partie des dépenses de santé. À côté de cela, les paiements par les ménages constituent le reste des dépenses de santé. En 2016, environ 77% des dépenses de santé de l'UE ont été financés par les autorités et l'assurance obligatoire. En Belgique aussi, la part des autorités s'élève à plus de trois quarts du total des dépenses de soins de santé ; pour ce qui concerne la quote-part personnelle du patient dans les coûts de soins de santé (ticket modérateur, prestations non remboursées et (primes) pour des assurances maladies complémentaires), les patients belges ont un score élevé par rapport aux autres pays .

3.4. Évolution du nombre de lits psychiatriques

Les premiers réseaux de soins en santé mentale pour adultes ont été lancés en 2012. Grâce au gel de lits hospitaliers psychiatriques et à la réallocation des moyens ainsi dégagés, les premiers pas sur la voie d'une socialisation ont été accomplis principalement par la création d'équipes de traitement mobiles. En 2011, l'OMS classait la Belgique comme le deuxième pays comptant le plus grand nombre de lits psychiatriques (16 par 10 000 habitants). Ce rapport était calculé à la fois sur la capacité partielle et résidentielle en hôpitaux psychiatriques et généraux. Le calcul sur la base des lits A et T donne un ratio de 11,36 lits par 10 000 habitants. Ce ratio a de nouveau baissé et est descendu à 10,4 lits par 10 000 habitants en 2019 suite au gel de 1.955 lits.

En parallèle, des démarches sont actuellement entreprises en vue du lancement à titre expérimental de soins résidentiels intensifiés pour les soins non planifiés. Dans ce cadre, des liens sont également établis vers la nouvelle loi à élaborer en matière d'admission forcée et le développement des urgences au sein des réseaux cliniques et d'autres formes de soins innovants, sur le site hospitalier ou en dehors. Toutes ces mesures aboutissent petit à petit à la mise à disposition des personnes souffrant d'une problématique grave de santé mentale, d'une offre de soins plus différenciée et mieux adaptée.

La capacité en lits hospitaliers par rapport aux besoins de soins varie d'une région à l'autre avec un accès inégal aux soins pour les habitants concernés. Ainsi, le nombre de réseaux capables de mobiliser des lits supplémentaires pour les équipes mobiles et l'intensification des soins est limité pendant la phase expérimentale.

Il y a une limite à la poursuite du gel de lits et des moyens supplémentaires seront nécessaires pour permettre un déploiement en faveur de toute la population (y compris les personnes âgées et les enfants et adolescents). Pour obtenir une bonne répartition de l'offre de soins en santé mentale, il faut mettre en place un cadre innovant avec une programmation, des normes et un financement adéquats. Ce cadre doit offrir une flexibilité suffisante en fonction des besoins de la population dans la région.

Il subsiste toutefois un besoin d'unités de traitement résidentiel spécialisé proposant une offre suprarégionale pour certains groupes cibles (p. ex. psychiatrie légale, double diagnostic handicap mental, ...).

3.5. Évolution des journées d'hospitalisation aiguës

Le rapport du KCE sur la capacité hospitalière nécessaire en 2025³ affirme que la capacité hospitalière actuelle est suffisante, mais qu'il est grandement nécessaire d'employer les moyens autrement. Ainsi, les analyses de tendances du KCE montrent clairement que le besoin de lits en médecine interne générale (D) et surtout en chirurgie (C) et en maternité (M) diminue, mais qu'il est urgent d'augmenter la capacité pour l'hôpital de jour. Le KCE s'attend ainsi à une augmentation du nombre d'hospitalisations de jour de plus de 33% entre 2014 et 2025 par un glissement de l'hospitalisation classique vers l'hospitalisation de jour. Le besoin de capacité en gériatrie et en soins chroniques augmente également.

3.6. Diversité dans le recours aux soins de santé

Les analyses effectuées dans le rapport intitulé "Diversiteit in gezondheid en gezondheidszorggebruik"⁴ donnent un aperçu de l'influence de la diversité, mesurée au travers de plusieurs variables sociodémographiques, sur une vaste gamme d'aspects liés à la santé et aux soins de santé en Belgique. Les résultats reflètent un tableau complexe, montrant qu'il n'existe aucune relation univoque entre les différentes variables et la santé, mais qu'il existe bel et bien une influence substantielle à la fois du contexte migratoire, du niveau de formation, du revenu, du sexe et de l'âge

³ RAPPORT KCE 289B, CAPACITÉ HÔPITALIÈRE NÉCESSAIRE EN 2025 ET CRITÈRES DE LA MAÎTRISE DE L'OFFRE POUR LA CHIRURGIE ONCOLOGIQUE COMPLEXE, LA RADIOTHÉRAPIE ET LA MATERNITÉ, 2017

⁴ "Diversiteit in gezondheid en gezondheidszorggebruik: analyse van de data uit de Belgische gezondheidsenquête"; Dr Kaatje Van Roy, Pr Dr Stéphanie De Maesschalck, Dr Veerle Vyncke, Carlotta Piccardi & Pr Dr Sara Willems, Universiteit Gent, 2018

sur différents aspects liés à la santé et aux soins de santé. Les analyses révèlent qu'une inégalité problématique au niveau de la santé et des soins de santé subsiste dans notre pays auprès de divers groupes vulnérables, dont la concentration est souvent plus importante en milieu urbain. Les résultats des analyses multivariées démontrent en outre que les écarts en matière de santé chez les migrants peuvent souvent s'expliquer par d'autres facteurs sociodémographiques. La pauvreté et le niveau de formation sont toujours un problème plus marqué chez les citoyens ayant un passé migratoire, ce qui débouche sur une intersectionnalité, c.-à-d. un probable renforcement mutuel de ces différents aspects quant au risque d'une santé moins bonne et de soins de santé de moindre qualité.

Le report de soins pour des raisons financières est un problème qui ne cesse de s'intensifier dans notre pays, notamment parmi les groupes aux revenus les plus faibles et les personnes qui ont la santé fragile⁵. Les dépenses privées en soins de santé peuvent augmenter de manière telle que les personnes éprouvant des difficultés financières dépassent le seuil de la pauvreté lorsqu'elles sont confrontées à de graves problèmes de santé⁶.

3.7. Le défi sociétal

Les citoyens considèrent la santé, et en particulier les soins médicaux, comme évidents et normaux. La plupart du temps, ils ne se posent pas de questions sur leur viabilité budgétaire. On continue de développer des examens diagnostiques et des possibilités thérapeutiques d'un coût élevé, les gens vivent plus longtemps et le besoin de soins chroniques augmente. Il faut s'attendre à ce que les budgets publics ne suffisent plus pour mettre les nouvelles techniques à disposition de tous les patients susceptibles d'en bénéficier. À l'avenir aussi, la recherche et l'innovation doivent conserver un rôle central dans les soins de santé, pour la réalisation de nouvelles optimisations et en tant que moteurs de l'économie du savoir. Une attention accrue doit être accordée au concept de la valeur, c'est-à-dire aux coûts par rapport aux bénéfices de ces technologies et traitements nouveaux, ainsi qu'à des modalités d'organisation et de financement appropriées. La révolution au niveau des technologies de l'information et de la santé doit aussi recevoir l'attention nécessaire. Il faut également consacrer de l'attention à la spécificité des soins de santé mentale (complexité des pathologies, sensibilités chez les patients psychiatriques à l'égard du partage de données, ...) et à la nécessité d'une harmonisation entre les différentes autorités en vue de l'élaboration d'une plateforme commune de données qui permettra de faciliter le transfert de données.

3.8. Transparence au niveau des budgets

Le financement actuel se caractérise par une multitude de règles complexes. D'une part, ces règles sont sujettes à de fréquents changements et, d'autre part, le financement comprend des budgets historiques. La dualité du financement (honoraires et BMF), le morcellement des différents budgets

⁵ Buffel V, Nicaise I. ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare. Belgium. Juin 2018. Disponible via <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&langId=en&newsId=9238&furtherNews=yes> ; OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Belgique : Profils de santé par pays 2017, OECD Publishing, Paris, https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/belgique-profil-de-sante-par-pays-2017_9789264285057-fr. Illustrations 4 et 11. Disponible via https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/belgique-profil-de-sante-par-pays-2017_9789264285057-fr ; Demarest, S. : Accessibilité financière aux soins de santé. In : Drieskens, S., Gisle, L. (eds.) Enquête de santé 2013. Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux WIV-ISP, Bruxelles. https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/Summ_HC_FR_2013.pdf ; Samana : situation financière et sociale des invalides. Samana et Mutualité chrétienne. https://www.mc.be/media/Situation_financiere_et_sociale_des_invalides-r%C3%A9sultats_tcm49-33330.pdf (2016)

⁶ Rommel, W. : Kanker duwt wie het financieel moeilijk heeft de armoede in. <http://www.komoptegenkanker.be/nieuws/kanker-duwt-wie-het-financieel-moeilijkheeft-de-armoede> (2015)

(BMF, hospitalisation de jour, forfaits, conventions, ...) débouchent parfois sur des incitants contradictoires. Le financement ne comprend également que quelques stimulants visant à améliorer la qualité et n'est pas axé sur le résultat des actes médicaux et paramédicaux. Les autorités doivent libérer les ressources nécessaires pour mener une politique ambitieuse et concertée en matière d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité. Vu l'importance des budgets publics des soins de santé et leur croissance permanente, une transparence est nécessaire pour une politique saine. Les besoins sont infinis, le financement doit assurer l'accessibilité aux soins pour tout un chacun. Les "sources de financement" des soins de santé sont diverses : cf. supra point 3.3 : recettes de la sécurité sociale, financement public par la levée de taxes sur les biens et services, assurance-maladie complémentaire offerte par des assureurs privés, ticket modérateur et dépenses propres ("de leur poche") des ménages (= consommation directe des ménages) ...

Notre volonté est de réfléchir à un financement plus collectif, tout en veillant à éviter des soins de santé à deux vitesses. Nous plaçons en faveur d'un système cohérent de financement correct et transparent, basé sur les besoins et coûts réels et sur les évolutions futures. L'une des possibilités, dans ce cadre, est un système plus forfaitaire. Il faut un modèle de financement nouveau permettant de flexibiliser l'offre et de répondre aux tendances et aux besoins de la population.

Au niveau de l'hospitalisation de jour, tant dans les hôpitaux généraux que psychiatriques, nous plaçons depuis quelque temps déjà pour une révision de l'organisation autant que du financement. Comme l'a aussi constaté le KCE dans son rapport 2017/282, nous voyons que certaines activités (p. ex. la cholécystectomie) s'accomplissent encore trop souvent en hospitalisation classique. Nous souhaitons stimuler l'hospitalisation de jour à court, moyen et long terme, avec des garanties pour le maintien de la qualité et l'actualisation du financement. Il faut également une adaptation du cadre juridique et réglementaire (convention nationale hôpitaux-OA, arrêtés royaux), avec une flexibilité accrue via le partage de journées.

4. Priorités 2019-2025

L'assurance d'un avenir durable pour les soins de santé en Belgique n'est possible que par le développement d'une vision à moyen et long terme se traduisant dans des objectifs stratégiques. Nous recommandons d'établir au minimum un plan s'étalant sur 10 ans. Ce **plan stratégique pluriannuel** pour la politique des soins de santé doit également comprendre un plan de couverture financière.

Il convient de poursuivre les travaux relatifs aux différents types de suppléments au sein des instances ad hoc compétentes tout en garantissant la viabilité financière des hôpitaux et l'accessibilité aux soins des patients.

À cet égard, les priorités du CFEH sont les suivantes :

1. Gouvernance des soins de santé en Belgique ;
2. Miser davantage sur les causes des problèmes de santé et moins sur la lutte contre les symptômes ;
3. Stimuler les réseaux et l'évolution vers un système de soins intégrés ;
4. Moyens et mesures en faveur du personnel ;
5. Passage progressif à un nouveau système de financement ;
6. Participation des patients dans les hôpitaux ;
7. Actualisation de la programmation ;

8. Données pertinentes pour le soutien de la politique et de la recherche scientifique ;
9. Option explicite en faveur de l'innovation ;
10. Technologie et recherche scientifique.

4.1. Gouvernance des soins de santé en Belgique

À l'heure actuelle en Belgique, huit ministres sont compétents pour les soins de santé. Ceux-ci se rencontrent au sein de la Conférence interministérielle Santé publique dans le but de coordonner la politique belge des soins de santé. Le moins que l'on puisse dire est que la mission n'est pas simple, et certainement depuis la sixième réforme de l'État. Nous constatons que dans une telle constellation, la conduite d'une politique de santé intégrée, la coordination et la poursuite de réformes en cours, la réalisation de restructurations et chantiers nouveaux, la conduite d'une politique complémentaire en matière de qualité, une politique de prévention cohérente, la possibilité de reconversion entre certaines formes de soins et la poursuite de la digitalisation des soins de santé sont loin d'être évidentes.

En premier lieu, il faut un cadre de principes partagé. Nous plaçons pour une optimisation de la concertation entre les administrations concernées et le secteur pour la prise de décisions évitant le morcellement des soins de santé et permettant de mener les réformes nécessaires de façon cohérente et transparente. Dans ce contexte, des accords asymétriques entre les différentes Communautés et Régions peuvent être conclus dans les limites du cadre légal existant. Le CFEH se déclare disposé à y collaborer.

Il importe de trouver auprès de la population une assise permettant de continuer à investir dans les soins de santé. Le modèle consensuel de la sécurité sociale doit perdurer. Il a prouvé que la responsabilisation fonctionne. La présence d'experts en son sein permet de prendre des décisions réfléchies. Nous avons toutefois conscience que ce modèle peut encore être optimisé et actualisé davantage, par exemple par une plus grande transparence du processus décisionnel. À ce sujet, nous sommes prêts à entamer le dialogue avec les autorités politiques, l'INAMI et le SPF Santé publique. Il importe que ces deux administrations évoluent davantage en synergie en fonction d'une optimisation de la politique des soins de santé.

4.2. Miser davantage sur les causes des problèmes de santé et moins sur la lutte contre les symptômes

Dans un premier temps, notre intention est de participer à des initiatives visant à sensibiliser la société à l'importance d'un mode de vie sain. La connaissance de la santé, la mise en place d'objectifs de santé et le développement d'aptitudes à la santé constituent à cet égard des instruments importants.

Dans l'accord de gouvernement fédéral du 9 octobre 2014, nous lisons ceci : *"Les initiatives qui encouragent la prise en charge et la gestion par soi-même sont stimulées. Dans cette optique, une attention particulière sera accordée à la promotion des connaissances en matière de santé auprès de la population, à une meilleure formation des dispensateurs de soins, pour ce qui concerne l'encouragement de la prise en charge personnelle, à une autogestion de la santé, et à la mise à disposition du patient d'informations accessibles à tous. Le patient doit disposer d'une information sur la qualité et le prix des soins, qui sera disponible par le biais d'une plateforme accessible. Il sera aussi*

examiné de quelle manière le patient peut accéder plus facilement à son dossier patient électronique.”
Nous demandons au prochain gouvernement de continuer à y travailler.

En Belgique, la recommandation de définir des objectifs de santé a déjà été émise dans le cadre des rapports sur la performance du système belge de santé (Health System Performance Assessment - HSPA), publiés par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), l'Institut scientifique de Santé publique (ISP) et l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). La formulation d'objectifs est également clairement reprise dans la déclaration de politique et la note de politique "Soins de santé" de la ministre fédérale des Affaires sociales et de la Santé publique, publiées en 2014, ainsi que dans la stratégie de coopération avec l'OMS, signée par la Belgique pour la période 2016-2022 (Country Cooperation Strategy Belgium-WHO). En annexe à ce rapport figurent 81 objectifs formulés sur la base des indicateurs HSPA. Ces objectifs ne sont toutefois que des propositions initiales ; elles constituent une base possible pour un travail ultérieur. En raison du grand nombre d'indicateurs, les objectifs ont été formulés de façon systématique.⁷ Notre intention est de donner une forme concrète à ces objectifs.

Une implication étroite du secteur dans ce cadre s'avère indispensable, afin que nous puissions utiliser son expertise et créer une assise aussi large que possible pour les objectifs.

4.3. Stimuler les réseaux et l'évolution vers un système de soins intégrés

4.3.1. Collaboration au sein de réseaux

Le Moniteur belge du 28/03/2019 a publié la loi modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux généraux. Cette loi prescrit qu'à partir du 1^{er} janvier 2020, tout hôpital doit faire partie d'un réseau. Il incombe aux Communautés d'agréer les réseaux.

Pour pouvoir stimuler et réaliser effectivement cette collaboration, les hôpitaux belges, tant généraux que psychiatriques, ont besoin d'un **modèle d'organisation et de financement adapté**. Il faut avant tout un cadre financier stable et fiable ; concrètement, il faut ancrer le principe de maintien du budget, qui permet le réinvestissement des budgets dégagés grâce à des gains d'efficacité. C'est ainsi que le réseau peut réaliser - à moyen terme - des gains d'efficacité (p. ex. article 107 de la loi sur les hôpitaux), par un investissement dans des trajets pré-cliniques (cf. trajet pré-clinique dialyse), des polycliniques de soins de suivi en collaboration avec les médecins généralistes, des infirmiers experts qui amènent les soins de 2^{ème} ligne au domicile du patient (par analogie avec les équipes d'oncologie pédiatrique), des infirmiers qui assurent le suivi actif des patients insuffisants cardiaques, diabétiques, etc., dans la télémédecine entre médecins généralistes et spécialistes et entre médecins spécialistes, dans des consultations de groupe pour les patients ayant subi une intervention élective, dans la concertation entre les divers membres de l'équipe de soins, dans l'éducation des patients, dans des mesures secondaires préventives (cf. initiative de l'OMS en faveur de la prévention secondaire dans les hôpitaux), ...

À court terme, il faudra tout d'abord investir de manière ciblée afin de permettre la collaboration. À cet égard, nous pensons en premier lieu à l'échange électronique de données patient et aux coûts de

⁷ Étapes exploratoires vers la formulation d'objectifs pour le système de santé belge – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2017. KCE Reports 292Bs. D/2017/10.273/59.]

la gouvernance des réseaux, dans laquelle les médecins hospitaliers sont également impliqués de manière active.

Avec la formation des réseaux hospitaliers, le **transport** entre hôpitaux deviendra également plus intensif. On ne sait pas encore qui paiera cette facture. Le but n'est pas de faire incombler ces frais au patient ou à l'hôpital. Le transport entre MRS et hôpital, domicile et hôpital, ... est également plus fréquent pour les personnes qui ont un lourd besoin en soins et qui ne sont pas capables de faire elles-mêmes le déplacement. Ce transport adapté doit rester, outre de qualité, également abordable pour le patient. Le transport urgent de patients a déjà été réglementé au cours de la législature précédente. Un prix maximum a été fixé. Il est recommandé d'intégrer le transport entre hôpitaux dans la réforme du financement des hôpitaux.

Il faut également prêter l'attention nécessaire au rôle spécifique des **hôpitaux universitaires** au sein des réseaux hospitaliers locorégionaux et mieux définir les missions de soins universitaires. Les hôpitaux universitaires jouent également un rôle important dans la recherche scientifique clinique, le développement de nouvelles technologies et l'enseignement, en étroite collaboration avec les facultés de médecine et le réseaux des services de stage. Dans ce cadre, il convient également d'éviter tout conflit potentiel que pourrait occasionner la différence de statut et de rémunération entre les médecins des hôpitaux généraux (il s'agit principalement de médecins indépendants) et ceux des hôpitaux universitaires (il s'agit principalement de médecins salariés), de façon à ne pas hypothéquer le réseautage. Il importe de réfléchir à un statut du **médecin hospitalier** (et en particulier du médecin hospitalier universitaire) qui tienne compte des tâches qui ne relèvent pas directement des soins médicaux et qui satisfont au cahier des charges qualitatif du domaine universitaire ; il convient également d'intégrer dans la réflexion les services universitaires se trouvant dans des hôpitaux non universitaires.

Les réseaux de **soins en santé mentale** pour adultes (en ce compris les personnes âgées) et pour enfants et adolescents ont besoin de stabilisation et de consolidation. Ceci implique de mettre fin au sous-financement structurel des projets pilotes, entre autres, en tenant compte de l'évolution des qualifications, de l'ancienneté et de l'indexation (voir plus loin).

Les budgets de fonctionnement supplémentaires sont alloués via les réseaux sur la base d'une révision des critères de pondération provinciaux (offre existante, pondération, flux de patients, taille du territoire et rapport zones urbaines/rurales, ...).

Il faut éviter de nouveaux cloisonnements. Dans la réalisation des réseaux pour adultes et pour enfants et adolescents, une attention particulière est demandée pour les soins de transition s'adressant aux 18-23 ans, de même que pour la problématique du double diagnostic et des soins somatiques insuffisants aux patients psychiatriques hospitalisés notamment dans les HP (cf. étude du KCE en cours). Les réseaux cliniques et les réseaux de soins en santé mentale ne doivent pas renforcer la distinction artificielle entre problèmes somatiques et psychiques, mais faciliter la collaboration entre les deux.

4.3.2. Soins intégrés

Les hôpitaux et réseaux d'hôpitaux ne sont toutefois pas des îlots ni des groupes d'îles dans les soins de santé. Au cours de ces prochaines années, il faudra également élargir, en fonction des "soins intégrés", la collaboration et la formation de réseaux entre les hôpitaux, la première ligne, les réseaux/acteurs de soins de santé mentale, les soins résidentiels aux personnes âgées et le secteur de la réadaptation. Nous nous focaliserons aussi davantage sur la prévention, les soins pré- et post-hospitaliers en conséquence, notamment, de la poursuite de la diminution de la durée d'hospitalisation dans les hôpitaux et les formes alternatives de soins (hospitalisation à domicile, hôtel de soins, community based living, etc.) dans le cadre d'une collaboration entre la première et la deuxième ligne. Pour stimuler cette démarche, nous demandons la suppression des barrières et un cadre réglementaire souple.

Nous demandons en outre de lever les **obstacles** à une collaboration entre les acteurs de soins. Il s'agit, dans ce cadre, des obstacles qui se trouvent dans la législation relative aux soins de santé, mais également des adaptations apportées à la législation connexe, p. ex. en ce qui concerne la fiscalité et le droit du travail. La levée de ces obstacles devrait faciliter les échanges dans le cadre de la collaboration entre les établissements de soins. Nous songeons ici notamment à la législation TVA, mais également aux possibilités d'intégration d'une coordination infirmière, de la fonction de pharmacie hospitalière, etc.

4.4. Moyens et mesures en faveur du personnel

L'un des principaux défis pour les soins de santé dans les années à venir sera de trouver suffisamment de personnel adéquat. Une combinaison de mesures et d'investissements s'impose. En voici une ébauche :

4.4.1. Davantage de personnel autour du patient

Davantage de soins au chevet du patient dans le cadre d'une hospitalisation classique et de jour. En moyenne, les soins hospitaliers sont devenus plus intensifs et plus complexes, alors que les normes de personnel et le financement sont demeurés inchangés. Plusieurs publications récentes ont révélé que les moyens investis par patient au sein des divers pays européens sont fort hétérogènes. Dans ce domaine, la position de la Belgique est inconfortable. En outre, la recherche internationale dans les hôpitaux aigus pointe également le risque accru de mortalité en cas de ratio croissant patients/personnel infirmier et de qualifications en baisse⁸. Dans le contexte hospitalier belge, un plan spécifique de remédiation axé sur l'avenir sera ici indispensable. Aujourd'hui, l'encadrement belge est de 1 infirmier pour 11 patients ; dans les pays qui nous entourent, il est de 1 pour 8 patients. Si nous voulons

⁸ Aiken et al, 2014, Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries : a retrospective observational study ; The lancet

continuer à mettre la qualité en avant, une évolution vers un encadrement plus élevé par patient sera donc nécessaire. Il va sans dire que le financement doit suivre.

Le renforcement de l'encadrement doit aller au-delà du chevet du patient et porter également sur d'autres fonctions indispensables qui sont aujourd'hui fortement sous-financées, p. ex. les services informatiques, etc. La réforme de la loi relative aux admissions forcées nécessite elle aussi un investissement supplémentaire en personnel soignant. La réforme de la loi relative aux admissions forcées doit s'accompagner d'un personnel supplémentaire pour un certain nombre de lits intensifs dans les services psychiatriques pour les patients ayant un statut d'admission forcée ainsi que pour les unités « high level » dans les hôpitaux généraux, unités encore à mettre en place.

Le personnel doit également pouvoir être mobilisé de manière plus flexible entre les différentes activités de l'établissement de soins et son réseau. Les ressources humaines doivent pouvoir être réparties entre les activités en fonction des besoins des patients et non en fonction des normes strictes de chaque service distinctement.

Sous ce rapport, il y a lieu de renforcer l'encadrement en médecins hospitaliers par une meilleure structure de chefs de services médicaux qui, en étant correctement soutenus et en disposant des moyens et de la formation requis(e), peuvent dispenser des soins de qualité en tant que partenaires à part entière du fonctionnement hospitalier.

Outre le fait d'attirer de nouveaux talents, les conserver sur le long terme sera également une lourde responsabilité. Il importe ici de continuer à porter la même attention aux quatre objectifs suivants : 1/ améliorer les soins tels qu'ils sont perçus par l'individu ; 2/ améliorer l'état de santé de la population, en accordant une attention particulière à l'accessibilité et à la justice sociale ; 3/ obtenir une "valeur ajoutée" pour le patient en matière de santé avec les moyens mis en œuvre ; 4/ veiller à ce que les professionnels de la santé puissent faire leur travail de manière correcte et durable.

4.4.2. Réforme de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé

La loi relative à l'exercice des professions des soins de santé nécessite une actualisation.

Compte tenu du besoin de nouvelles professions de soins, de l'anticipation de problèmes ou de pénuries etc., ceci doit nous permettre une mise en œuvre plus efficiente du personnel en fonction de compétences individuelles et de la subsidiarité. Une attribution réfléchie et légalement ancrée des responsabilités aux professions des soins de santé permettrait d'optimiser l'utilisation des compétences des professionnels. Les formations dans le domaine des soins doivent être évaluées en fonction de leur utilité et de leur efficacité pour le nouveau modèle de soins. Ainsi, pratiquement chaque prestataire de soins est confronté à une population vieillissante et à des soins davantage chroniques, et par ailleurs à des soins techniques toujours plus spécialisés.

4.4.3. Pacte pour les carrières

En collaboration avec des experts, les partenaires sociaux et les pouvoirs publics, le secteur souhaite développer une politique de carrière ambitieuse qui doit prendre la forme d'un pacte pour les carrières. Nous entrevoyons ici différents défis.

Défi 1 : nécessité d'une différenciation dans les fonctions

Nous devons flexibiliser les types de fonctions si nous voulons soulager la pression du travail sur le personnel infirmier. Une différenciation des profils dans la pratique de terrain est une stratégie clé pour améliorer les soins. Actuellement, dans un premier temps, le personnel infirmier prend tout en charge, mais le besoin est grand de personnel complémentaire au chevet du malade. Psychologues, pédagogues, ergothérapeutes et autres profils de soins non infirmiers peuvent contribuer à des soins de qualité, sans qu'il ne soit dérogé aux responsabilités des infirmiers pour lesquels une formation clinique infirmière poussée est requise.

Défi 2 : l'éternel débat sur la formation d'infirmier breveté (HBO5 en Flandre)

L'UE impose toutes sortes de conditions à la formation d'infirmier, telles que la durée, 8 compétences et 7 domaines. Satisfaire à cette directive européenne est en outre également une condition à l'échangeabilité de ce groupe professionnel entre les États membres. Pour la formation d'infirmier breveté (niveau HBO5), des doutes existent quant au fait que cette formation remplit absolument toutes ces conditions. De surcroît, la question est de savoir si ces collaborateurs gradués doivent être échangeables au niveau européen. À l'heure actuelle, ils sont en effet indispensables dans certaines régions de notre pays. Nous demandons à l'autorité fédérale de parvenir à un point de vue unique à ce sujet avec les Communautés.

Défi 3 : les carrières en alternance

Entériner le système d'agrément de "compétences acquises antérieurement et ailleurs" dans le secteur des soins. Nous avons besoin d'un nombre accru de personnes qui se relaient. De même, la carrière plane de beaucoup de personnes dans le secteur est peu attractive. L'offre de possibilités d'évolution sous forme de mobilité interne et externe et de formations continues peut améliorer cette situation.

Défi 4 : combattre l'image négative

Il va sans dire qu'il nous faut constamment investir dans des campagnes mettant à l'honneur les professions de soins, et motiver les jeunes à choisir ces professions, en accordant une attention particulière aux groupes potentiels et aux flux entrants latéraux. Nous devons collaborer de façon constructive au développement d'une image positive du secteur en combinaison avec un plan d'attractivité clair.

4.4.4. Priorité aux professions en pénurie

Il s'agit notamment des infirmiers, des informaticiens, de certaines disciplines de médecine spécialisée telles que les neurologues, les gériatres, les (pédo-)psychiatres, etc..

4.4.5. Priorité au renforcement organisationnel

Nous demandons de consacrer l'attention nécessaire au renforcement organisationnel de la direction au sein du réseau hospitalier, dont le département médical et les autres départements cliniques.

4.4.6. Flexibilité accrue au niveau des possibilités de rémunération

Les rémunérations individuelles sont généralement fixées dans des barèmes de salaires bruts. Les avantages individuels de toutes natures, tels que les chèques-repas, peuvent uniquement être octroyés en plus de cette rémunération, mais ils ne sont jamais financés.

Nous demandons une certaine flexibilité dans les avantages individuels octroyés aux collaborateurs. Dans ce prolongement, l'employeur pourrait autoriser ses collaborateurs à constituer eux-mêmes une partie de leur package salarial (p. ex. plan cafétéria). De cette manière, le coût pour l'employeur reste inchangé, alors que les employés peuvent choisir un package salarial correspondant à leurs besoins. De tels développements doivent obligatoirement faire l'objet d'une concertation sociale et de négociations sociales et requièrent la signature de nouvelles conventions collectives de travail.

4.4.7. Généralisation des barèmes IF-IC

Un point d'attention important est la poursuite du déploiement de l'IF-IC dans tous les secteurs de soins, avec une harmonisation de la réglementation et du financement, une clarté envers le secteur et une introduction à 100% aussi vite que possible. Un certain nombre de fonctions de soins devront rapidement faire l'objet d'une première actualisation. C'est indispensable compte tenu des multiples remarques sur le caractère actuel de nombreuses descriptions de fonction reprises dans le modèle. En outre, les hôpitaux sont confrontés à un grand nombre de fonctions manquantes. À cet égard, nous nous référons également à l'avis du CFEH D/493-3 du 9 mai 2019 relatif au financement de l'IF-IC. Notre volonté est de mettre en place :

- a. une juste attribution des fonctions à des niveaux sur la base de descriptions de fonction actualisées et de pondérations méthodologiques ;
- b. une évolution vers un instrument RH dynamique tant sur le plan de l'attractivité que de la rétention ;
- c. un financement correct des hôpitaux combiné à une faisabilité administrative.

4.4.8. Entraves à la collaboration au sein des réseaux résultant du droit du travail

La réussite de la collaboration requiert une certaine flexibilité dans la réglementation, afin de permettre les échanges entre les différentes entités qui participent à la collaboration. La législation et la réglementation actuelles restreignent le développement de collaborations entre les établissements de santé de nombreuses manières, en freinant p. ex. le partage des activités et la mise en commun de personnel, de services, etc.

La réglementation actuelle relative à la mobilité des collaborateurs est aussi bien lourde que restrictive et devrait être assouplie afin de stimuler la création de collaborations.

4.4.9. Points d'attention concernant les soins infirmiers

Actuellement, un vaste flou entoure le niveau auquel se situe l'art infirmier. À une époque où le besoin d'un nombre suffisant d'infirmiers est particulier en raison d'un flux de départ naturels combiné à une demande de soins croissante, la situation est intenable. À l'instar de beaucoup de pays européens, il est nécessaire que les hôpitaux belges puissent faire appel à des infirmiers hautement qualifiés au niveau de bachelier, en raison de la nécessité d'une série de compétences critiques pour assumer la complexité élevée des programmes de soins cliniques (<https://www.health.belgium.be/nl/future-nursing-improving-health-driving-change>). Pour pouvoir continuer à répondre à la demande de soins accrue, une différenciation tant au niveau budgétaire qu'au niveau du contenu dans les types de fonctions de soins est à recommander, ce qui permettra à chaque profil de continuer à exceller et à se perfectionner dans sa fonction sans préjudice des connaissances et du savoir-faire dont il dispose déjà. C'est ainsi que le dispensateur de soins disposant d'une formation d'infirmier breveté (HBO5 en Flandre) p. ex. doit occuper une place unique dans la liste des professions de soins. Un plan de transition minutieux trouve ici sa place.

Pour des actes intellectuels infirmiers, il n'existe pas actuellement de système de financement spécifiques, ainsi par exemple les actes cliniques ou prestations pour lesquels le médecin n'est pas associé, comme une consultation autonome pour des patients chroniques dans le cadre du follow-up, l'autogestion et l'éducation. Ces interventions infirmières interviennent durablement aussi bien dans la prévention que dans le statut de soins du patient. Dans le cadre du financement futur des hôpitaux, il y a lieu de voir comment une rémunération correcte de la contribution infirmière au gain en matière de santé peut être intégrée. Le déploiement à plus grande échelle des rôles "Advanced Practice Nurse" (infirmier de pratique avancée, infirmier clinicien, infirmier spécialisé) et l'implémentation de la subsidiarité des actes cliniques pourront uniquement avoir lieu à condition que soit prévu une rémunération pour ces groupes professionnels.

Les efforts sur le plan de la formation tout au long de la vie et de la formation continue représentent une ponction importante sur le budget destiné aux soins directs au patient. La formation d'étudiants en soins infirmiers est également un élément non négligeable d'investissement dans le personnel infirmier. Ces investissements sont et demeurent indispensables et cruciaux pour garantir des ressources suffisantes et compétentes. Il importe d'examiner comment un modèle de financement des maîtres de stage pour les praticiens de l'art infirmier pourrait y contribuer. La loi relative à la qualité de la pratique stipule que dans le cadre d'une "licence to practice", les professionnels des soins de santé doivent tenir à jour un portfolio afin de pouvoir démontrer leurs compétences et leur expérience. À l'avenir, ce portfolio sera également d'application pour les infirmiers.

4.5. Passage progressif à un nouveau système de financement

Nous voulons responsabiliser les prestataires de soins et les citoyens en matière de soins de santé et aborder également la sur- et la sous-consommation. Qualité, accessibilité et abordabilité sont essentielles à cet égard. Malgré cela, les budgets affectés aux soins de santé doivent être en phase avec les besoins de soins croissants (p. ex. vieillissement) et les frais liés aux réformes indispensables. Pour y faire face, idéalement, le secteur estime qu'une norme de croissance minimale de 2,5% - en plus de l'inflation - du budget doit être attribuée pour le secteur hospitalier. Il s'agit d'une norme de croissance réelle qui est correctement répartie entre les différents secteurs du domaine des soins de

santé. Depuis au moins dix ans, le secteur des hôpitaux est quasi toujours sous la norme de croissance et quand ce n'est pas le cas, c'est par l'ajout de budget suite aux accords sociaux ou de l'intégration des charges du passé. Dans les deux cas, ces financements impliquent une obligation de porter des charges comparables, voire supérieures aux financements. Cette norme de croissance ne peut plus être utilisée pour honorer des engagements du passé. Le processus de révision de ces montants doit être accéléré et est à payer par des budgets exogènes pour que les hôpitaux puissent retrouver cette trésorerie.

Il faut avant tout mettre fin au **sous-financement** objectif du budget des moyens financiers sans pour autant compromettre l'accessibilité financière pour le patient. C'est la raison pour laquelle les hôpitaux sont actuellement contraints de rechercher d'autres sources de financement telles que les retenues sur honoraires. Ce n'est pas une solution durable : un refinancement exogène structurel du BMF est une condition impérative.

Compte tenu de l'obsolescence du financement, un **nouveau financement** s'impose, permettant aux hôpitaux de faire face aux obligations et évolutions actuelles et futures. Un nouveau financement des hôpitaux sera axé sur un modèle intégré qui vise l'efficacité et la qualité et qui stimule l'entrepreneuriat social. Son principe fondamental est un financement équitable des hôpitaux sans pénurie de moyens prévoyant les incitants nécessaires (voir ci-dessus) pour une collaboration.

Nous appliquons les principes de base suivants pour la réforme du financement des hôpitaux :

- Orientation prospective associée à des révisions limitées, au lieu du financement directif et rétrospectif actuel.
- Couverture des coûts, des incitants financiers devant assurer une organisation optimale et efficace des soins. Nécessité de concentrer certains soins (notamment les soins qui nécessitent une expertise spécifique, une infrastructure ou un appareillage coûteux (-se)), et d'en offrir d'autres à proximité du patient. Travail des hôpitaux en complémentarité. Les réseaux hospitaliers locorégionaux et suprarégionaux doivent rendre ceci possible.
- Stimulants pour la qualité, la sécurité et la collaboration : tenir compte des résultats, et pas seulement des actes réalisés. Ceci implique un financement des hôpitaux et des médecins, des infirmiers et des paramédicaux davantage et plus explicitement axé sur la valeur des soins, celle-ci étant le rapport entre le résultat et le coût. Un financement motivé par la valeur des soins récompense l'optimisation des processus et encourage ainsi une pratique centrée sur la qualité basée sur des directives médicales scientifiquement fondées. Un certain nombre de critères et d'indicateurs de qualité précis et validés s'avère nécessaire dans ce cadre. Il s'agit également de ce à quoi les patients ont droit. Par ailleurs, il faut garder une marge pour une variabilité normale des soins et pour l'impossibilité d'y parvenir pour tous les groupes de patients (p. ex. les personnes souffrant de maladies psychiatriques chroniques). Il faut éviter autant que possible une sélection anormale des patients et laisser une place pour l'émergence de nouvelles technologies. Le financement des soins dispensés par l'hôpital dépend également dans une moindre mesure du lieu de la prestation de soins, ce qui permet de soigner le patient de la manière la plus efficace et adéquate possible : au bon endroit et au bon moment, et ce à l'aide de la technologie et de l'innovation (p. ex. télémédecine, télésurveillance).
- Un financement plus simple et plus transparent. Nous renvoyons ici à l'avis du CFEH concernant la simplification du BMF (réf. : CFEH/D/SF/135-3, 23/03/2017). Les paramètres de

calcul des sous-parties B1 et B2 du BMF nécessitent aussi une actualisation, avec le maintien d'une certaine flexibilité. Une actualisation de la répartition requiert également de combler le sous-financement global de ces sous-parties par l'apport de moyens supplémentaires.

- Un financement adapté aux missions universitaires spécifiques, dans la lignée des pratiques internationales en la matière.
- Nous constatons que les TIC représentent une part toujours plus importante des coûts d'un établissement de santé. Le financement des TIC dans les hôpitaux par les pouvoirs publics est aujourd'hui insuffisant. Il s'ensuit que les établissements n'investissent pas tous dans la même mesure dans les TIC. De même, les mécanismes de financement dans les hôpitaux diffèrent (p. ex. les contributions sur les honoraires médicaux). Tout ceci entraîne un paysage des TIC très hétérogène, qui ne répond nullement à l'important besoin d'échange d'informations. Il faut donc que ceci soit également suffisamment mis en évidence dans le nouveau système de financement.

Dans un contexte global de réforme du financement hospitalier, une révision de la **nomenclature** est nécessaire afin que les actes soient mesurés à leur juste valeur. Il convient de poursuivre les travaux relatifs aux différents types de suppléments au sein des instances ad hoc compétentes. A ce titre, la viabilité financière des hôpitaux ainsi que l'accessibilité financière des soins pour le patient doivent être garanties de même que des soins de santé à deux vitesses doivent être évités. Le CFEH demande en outre une évolution d'un modèle de financement à la prestation vers un système plus forfaitaire pour certains actes. À l'avenir, il faudra davantage mettre l'accent sur le financement par équipe et la collaboration - au lieu de mettre l'accent sur les prestations individuelles - car la dispensation de soins devra également se faire davantage en équipe et en concertation.

Actuellement, il n'existe pas de règles spécifiques en ce qui concerne la structuration de **projets pilotes** basés sur l'article 63, § 1, 2 et 3 de l'AR du 25 avril 2002, c.-à-d. pour la conversion de ces projets en une forme définitive de programmation, d'agrément et de financement. En pratique, on constate que les projets pilotes n'ont pas de date de fin établie, de sorte qu'ils perdurent sur une période déraisonnablement longue. Des exemples connus sont les projets médico-légaux dans le secteur des soins en santé mentale (projets pour personnes internées à profil "medium", projets for-K, ...). La plupart du temps, le financement par le biais de conventions B4 est insuffisant, de sorte que des déficits structurels s'accumulent. Un renouvellement annuel sans aucune perspective de structuration et les conséquences sur le BMF entraînent une incertitude juridique pour les hôpitaux. La longue durée des projets a également pour effet qu'une marge insuffisante subsiste pour l'attribution de nouveaux projets innovants sur la base de l'article 63 précité. En conséquence, il faut d'urgence un cadre clair en matière de durée, de possibilités d'adaptation au niveau du financement (indexation p. ex.), d'évaluation (intermédiaire) et de conditions relatives à une structuration.

En matière de financement des HP, nous renvoyons à l'avis du CNEH concernant un nouveau système de financement prospectif et orienté vers les programmes de soins de santé mentale (avis CNEH/D/446-2 du 9 juillet 2015)

4.6. Participation des patients dans les hôpitaux

La dispensation de soins de santé efficaces va de pair avec une collaboration réussie avec le patient dans le cadre de son processus de soins. Dans sa mission, chaque hôpital place p. ex. le patient dans une position centrale. Cependant certains hôpitaux s'interrogent sur la façon de donner une forme

structurelle à la participation du patient. Il importe que les soins soient organisés au départ des besoins du patient. Apporter son soutien aux structures qui appuient et donnent forme aux organisations de patients au niveau régional peut être une condition importante à la collaboration entre les associations de patients et les hôpitaux, afin que la qualité de soins soit évaluée et puisse être adaptée. La VPP et la LUSS, notamment, peuvent jouer un rôle dans ce cadre.

Le recours à des experts du vécu dans les hôpitaux généraux et psychiatriques requiert un cadre spécifique, en matière de personnel notamment.

4.7. Actualisation de la programmation

Dans le prolongement de ce que nous venons d'esquisser, une actualisation de la programmation actuelle s'impose. Des accords à ce sujet doivent être conclus avec les Communautés et Régions, de façon à éviter les imprécisions lors de sa mise en œuvre. Elle devra être nationale, basée sur des données probantes ("evidence-based"), transparente et évolutive (en tenant compte des tendances démographiques) ; quant à la répartition de la programmation, il faudra tenir compte des flux réels de patients et, si cela s'avère pertinent, de l'expertise acquise.

Il sera veillé au financement correct de tous les services et entités programmés et des exigences de normes qui leur sont associées.

4.8. Données pertinentes pour le soutien de la politique et de la recherche scientifique

Notre souhait est de créer un cadre permettant un partage de données efficace, sécurisé et structuré. Ceci implique la poursuite de la digitalisation, qui doit être correctement financée.

Il y a lieu de s'attaquer adéquatement à la **charge d'enregistrement considérable** dans les hôpitaux. Ceci peut être rendu possible notamment par l'exploitation automatique des données issues des dossiers électroniques de patients ou par l'obtention de certaines informations via un échantillon représentatif des établissements. Par analogie avec d'autres pays, il est important que la Belgique investisse dans un système de terminologie international tel que SNOMED CT®.

Il faut également **plus de transparence et de simplicité** dans le rapportage de données médicales et infirmières. Les objectifs poursuivis par les divers enregistrements doivent être clairement documentés (financement, qualité, cadastres, programmation, caractérisation et définition de l'offre, caractérisation du patient, ...). Le double enregistrement est à éviter et à supprimer.

La collecte et le traitement des données ne seront concluants que s'ils font l'objet d'un **audit**, avec possibilité de sanction. Aussi nous demandons que la concertation entre les experts, les utilisateurs et l'administration reste maintenue afin de surveiller et d'améliorer ce processus.

Nous renvoyons notamment à l'avis du CFEH relatif à l'ébauche d'un enregistrement minimal rénové dans les établissements de SSN (avis CNEH/D/PSY/420-1 du 8 novembre 2012) et à d'autres avis concernant la simplification administrative (avis du CFEH intitulé "CFEH/D/SF/135-3" du 23 mars 2017).

Il importe en outre de créer un cadre éthique et juridique pour l'utilisation des **big data** et de l'intelligence artificielle.

4.9. Option explicite en faveur de l'innovation

Des besoins nouveaux émergent dans le cadre de soins intégrés de qualité au sein des réseaux. L'un des principaux est le développement de l'**infrastructure IT** dans et en dehors des hôpitaux, avec comme pierre angulaire le dossier électronique des patients.

Un premier pas a été accompli en 2016 avec l'élaboration des "Belgian Meaningful Use Criteria". Le mécanisme de financement basé sur les BMUC a pour but de parvenir à une uniformisation et à des possibilités d'échange optimales. En collaboration avec le secteur, les objectifs, les exigences et les fonctionnalités pour les TIC doivent continuer à faire l'objet d'une analyse, d'un suivi et d'un financement.

Des critères BMUC réalistes doivent être fixés le plus rapidement possible de façon à ce que le secteur ait suffisamment de temps pour les implémenter. Le CFEH et le comité d'accompagnement doivent être reconnus en tant que pilotes à part entière du programme BMUC.

4.10. Technologie et recherche scientifique

L'innovation reste le moteur crucial de progrès pour l'économie du savoir, aussi dans les soins de santé. Il faut développer non seulement de nouvelles interventions cliniques, mais aussi des innovations permettant d'optimiser l'organisation et le financement des soins.

Les hôpitaux universitaires jouent un rôle crucial en ce domaine, du fait de leur intégration dans l'université et, en conséquence, de leur connexion étroite avec les autres disciplines scientifiques.

Les hôpitaux universitaires jouent un rôle essentiel dans le cadre de la médecine de référence et des programmes de soins de troisième ligne liés à des programmes de recherche avancée. Les programmes de soins de troisième ligne nécessitent une approche thérapeutique ou diagnostique très spécialisée par une équipe interdisciplinaire et/ou une infrastructure et un appareillage coûteux et spécifiques. Ces programmes de soins devront être définis et certains d'entre eux devront être réservés au secteur universitaire sur la base de critères fondés et objectifs (p. ex. certaines maladies rares et la transplantation). Il s'agit de fonctions suprarégionales, concentrées dans les hôpitaux universitaires (ou dans les services universitaires) et liées à des programmes de recherche universitaires. Les hôpitaux universitaires, qui font partie intégrante d'une université et qui sont non seulement liés à la faculté de médecine, mais également à de nombreuses autres facultés, sont alimentés en continu par la recherche fondamentale et de nouvelles conclusions interdisciplinaires qui affluent vers et interagissent avec la pratique clinique, e. a. par le biais d'études cliniques universitaires. En d'autres termes, les hôpitaux universitaires font fonction de point de référence pour ce type de missions de soins. Ce rôle spécifique est essentiel pour l'évolution constante des soins en Belgique et doit donc être ancré dans la législation future. Pour les missions de soins suprarégionales, une bonne collaboration et des accords de répartition des tâches entre les hôpitaux universitaires s'avèrent essentiels aussi bien en raison de considérations liées à la qualité que pour la garantie de l'accessibilité de chacune de ces missions de soins pour les patients dans le système de soins de santé belge. La contribution des hôpitaux universitaires s'avère également essentielle pour les programmes de soins

de deuxième ligne qui requièrent un approfondissement de la recherche ou une évaluation supplémentaire. Cette activité de deuxième ligne représente également un élément important de la formation des médecins spécialistes.

A. Prioritaire Wijziging 2020

Modification prioritaire 2020

1. Omschrijving - Description : Versterking gefinancierde personeelsomkadering aan het bed van de patiënt – Renforcement de l'encadrement financé en personnel au chevet du patient

Budget op jaarbasis : 75.000.000 € in 2020 (maakt deel uit van meerjarenplan)
Budget sur base annuelle : 75.000.000 € en 2020 (fait partie d'un plan pluriannuel)

Reglementaire basis : KB 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen

Base réglementaire : AR du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux

Reglementaire wijziging ? :

Context

De acties van de “blouses blanches” tijdens de voorbije maanden hebben de aandacht gevestigd op het gebrek aan personeel aan het bed van de patiënt.

Tegelijkertijd kort de verblijfsduur in de ziekenhuizen dankzij de krachtigere medische technieken steeds in. Het aantal opnames neemt toe¹, terwijl de duur van de ziekenhuisverblijven afneemt: de zorgverstrekking wordt dus steeds acuter en zwaarder.

Nochtans zijn de gefinancierde normen de laatste decennia nauwelijks aangepast.

Een gebrek aan personeel brengt onvermijdelijk het risico met zich mee, dat de kwaliteit van de zorgverstrekking daalt. Dat werd ook aangetoond in de Europese RN4CAST studie, de grootste tot nog toe. Elke verpleegkundige ontfermt zich in België namelijk over 11 patiënten, terwijl het Europese gemiddelde 8,3 is. Om tot dit Europees gemiddelde te komen, zou het aantal verpleegkundigen met 35 % moeten stijgen, wat een inspanning van meer dan een miljard € zou vergen².

Een verhoging van de werkbelasting van de verpleegkundigen verhoogt de kans op overlijden. Omgekeerd toont een toename van het verplegend personeel een afname van het sterfterisico en verminderen eventuele kosten door fouten wegens werkdruk.

¹ In België steeg het aantal klassieke verblijven van 1,71 miljoen in 2003 naar 1,82 miljoen in 2014. Dit komt neer op een totale stijging van 6,5% of een gemiddelde jaarlijkse stijging van 0,57%. De trendanalyse voorspelt dat tussen 2014 en 2025 dit aantal zal toenemen met 215.000 verblijven. Dit betekent opnieuw een stijging met 11,8% of een gemiddelde jaarlijkse stijging van 1,02% (KCE-rapport 289As, 2017, p.13).

² Er waren in 2016, volgens Finhosta-cijfers, 55.000 VTE verpleegkundigen actief in de ziekenhuizen aan het bed, de daling van 11 patiënten per verpleegkundige naar 8 vergt 35 % verhoging, dus 19.250 VTE. Gevaloriseerd aan 70.000 € per VTE zou de totale kost 1,35 miljard € bedragen

Behoefte

Meerjarenbegroting BFM	Totale kost ziekenhuizen (2019)	2020	2021	2022	2023	2024
Verhoging verpleegkundige omkadering (AZ+PZ)	> 1 miljard €	75.000.000	75.000.000		75.000.000	75.000.000

Het voorstel gaat uit van een tweemaalige inspanning (2020-2021 en 2023-2024) als inhaalbeweging om de gefinancierde personeelsomkadering aan het bed van de patiënt te versterken met een equivalent van telkens 1 VTE per 30 verantwoorde bedden (of, indien er geen verantwoorde bedden worden berekend: erkende bedden), en dit voor alle ziekenhuizen (zowel algemene als psychiatrische), aan een gemiddelde loonlast van 70.000 € per VTE. Voor komende legislatuur vragen we dus bijkomende middelen die het equivalent zijn van + 2 VTE per 30 bedden.

$$\begin{aligned} &63.330 \text{ bedden} * 1 \text{ VTE} / 30 \text{ bedden} = 2.111 \text{ VTE} \\ &* 70.000 \text{ €} / \text{VTE} \\ &= 147.770.000 \text{ €}, \text{ geïndexeerd } \mathbf{150 \text{ miljoen €}}. \end{aligned}$$

Deze middelen zullen prioritair worden aangewend binnen het verpleegkundig departement of voor personeel dat de verpleegkundigen ontlast.

Het bijkomend personeel moet kunnen ingezet worden in functie van de behoeften van de patiënten en niet in functie van de strikte normen van elke dienst. Het voorstel gaat daarom uit van een flexibele inzet van het bijkomend personeel binnen de door het BFM gefinancierde diensten en functies.

Modification réglementaire ? :

Contexte

Les actions des "blouses blanches" au cours des derniers mois ont attiré l'attention sur le manque de personnel au chevet du patient.

Simultanément, la durée de séjour dans les hôpitaux ne cesse de diminuer grâce aux techniques médicales de plus en plus performantes. Le nombre d'admissions augmente³, alors que la durée des séjours hospitaliers diminue : les soins prodigués sont donc toujours plus aigus et plus lourds. Néanmoins, les normes de financement n'ont été quasiment pas adaptées au cours des dernières décennies.

Un manque de personnel entraîne inévitablement le risque d'une diminution de la qualité de la prestation de soins. Ceci a d'ailleurs été démontré par l'étude européenne RN4CAST, la plus vaste à ce jour. En Belgique, un(e) infirmier(ère) assure en effet l'encadrement de 11 patients, alors que la moyenne européenne est de 8,3. Pour atteindre cette moyenne européenne, il faudrait augmenter de 35% le nombre d'infirmiers(ères), ce qui exigerait un effort dépassant un milliard d'euros⁴.

³ En Belgique, les séjours classiques ont augmenté de 1,71 millions en 2003 à 1,82 millions en 2014. Cela revient à une augmentation de 6,5% ou une augmentation annuelle de 0,57%. L'analyse de la tendance prévoit qu'entre 2014 et 2015, le chiffre augmentera de 215.000 séjours. Cela signifie à nouveau une augmentation de 11,8% ou une augmentation annuelle de 1,02% (Rapport KCE 289As, p 13).

⁴ En 2016, selon les statistiques Finhosta, 55.000 ETP infirmiers étaient actifs au chevet du patient dans les hôpitaux. La diminution de 11 à 8 patients par infirmier(ère) exige une augmentation de 35 %, soit 19.250 ETP. Valorisé à 70.000 € par ETP, le coût total s'élèverait à 1,35 milliard €.

Une augmentation de la charge de travail du personnel infirmier augmente le risque de décès. Inversement, un accroissement du personnel soignant entraîne une diminution de la mortalité et réduit les coûts éventuels résultant d'erreurs dues à la pression du travail.

Besoins

Budget pluriannuel BMF	Coût total hôpitaux (2019)	2020	2021	2022	2023	2024
Augmentation de l'encadrement infirmier (HG+HP)	> 1 milliard €	75.000.000	75.000.000		75.000.000	75.000.000

La proposition repose sur un effort en deux fois (2020-2021 et 2023-2024) comme mouvement de rattrapage visant à augmenter chaque fois l'encadrement financé en personnel au chevet du patient à raison d'1 ETP par 30 lits justifiés (ou lits agréés, si l'on ne calcule plus en lits justifiés), et ceci pour tous les hôpitaux (tant généraux que psychiatriques), avec un coût salarial moyen de 70.000 € par ETP. Pour la prochaine législature, nous demandons donc des moyens supplémentaires équivalant à 2ETP par 30 lits.

63.330 lits * 1 ETP / 30 lits = 2.111 ETP
 * 70.000 € / ETP
 = 147.770.000 €, soit 150 millions € après indexation.

Ces moyens seront employés en priorité au sein du département infirmier ou affectés à du personnel qui décharge le personnel infirmier.

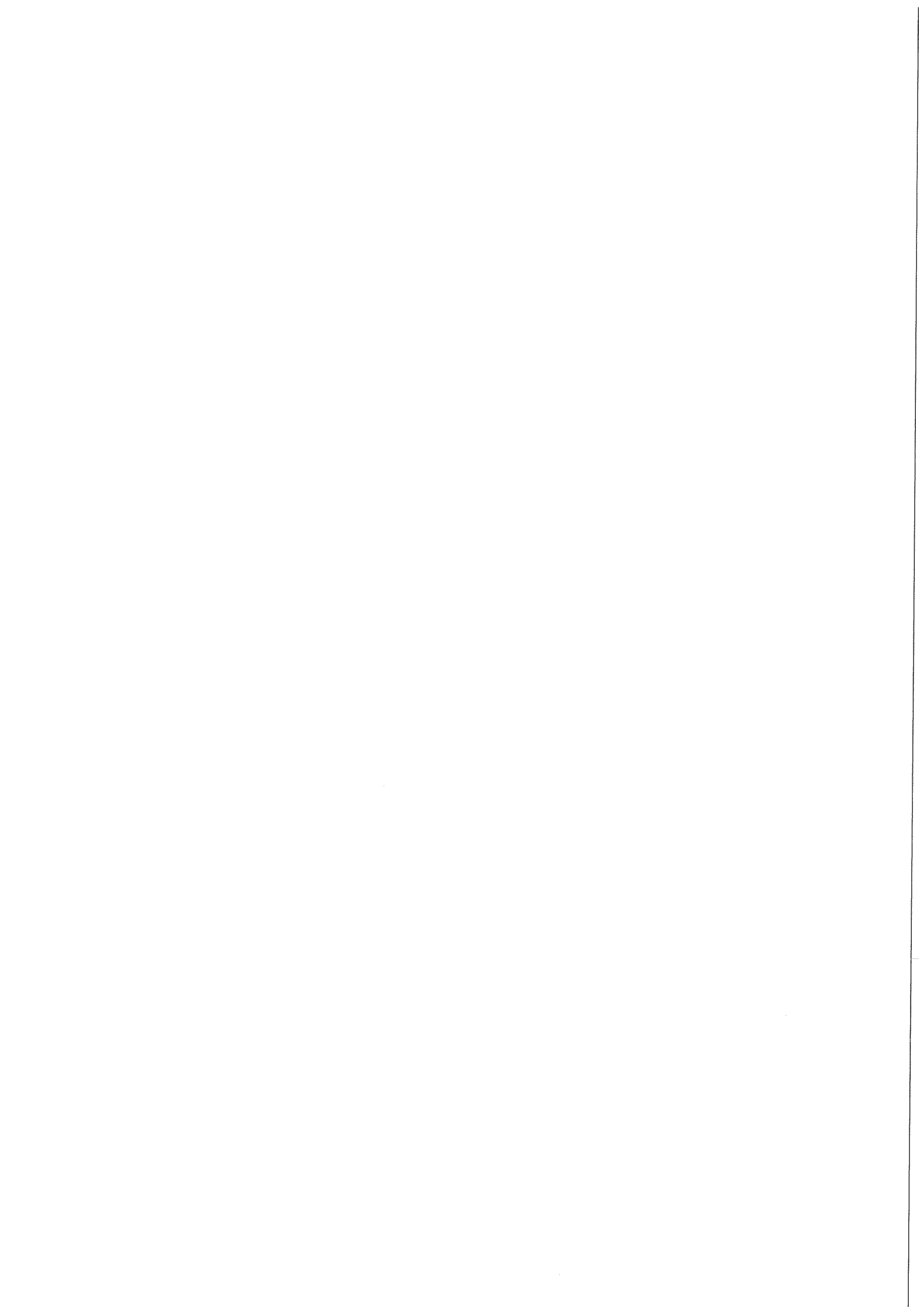
Le personnel supplémentaire doit pouvoir être affecté en fonction des besoins des patients et non en fonction des normes strictes de chaque service. C'est pourquoi la proposition part du principe d'une affectation flexible du personnel supplémentaire dans les fonctions et services financés par le BMF.

Te doorlopen traject :
Trajet à suivre

Realistische toepassingsdatum : 01/01/2020
Date d'application réaliste : 01/01/2020

Stand van zaken :
Etat de la situation

Commentaar - Commentaire :



A. Prioritaire Wijziging 2019

Modification prioritaire 2019

1. Omschrijving - Description : ICT en EPD in de ziekenhuizen
TIC et DPI dans les hôpitaux

Budget op jaarbasis : bijkomend 40 miljoen euro (structureel)
Budget sur base annuelle : 40 millions d'euros supplémentaires (structureel)

Reglementaire basis : Koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen
Base réglementaire : Arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux

Reglementaire wijziging ? budget toevoegen aan de financiering in art. 61, §1 (AZ) – 2 (PZ en hybride ZH)

Modification réglementaire ? ajouter du budget supplémentaire au financement stipulé à l'article 61, §1^{er} (HG) - 2 (HP et hôpitaux hybrides)

Te doorlopen traject : advies FRZV

Trajet à suivre : avis du CFEH

Realistische toepassingsdatum : met ingang vanaf 1/1/2019, toe te kennen in het BFM van 1/1 of 1/7/2019

Date d'application réaliste : à partir du 01/01/2019, à octroyer dans le BMF du 01/01 ou du 01/07/2019

Stand van zaken :

In 2016 startte de overheid een financiering op basis van Meaningful Use Criteria, aangepast aan de Belgische context (cf. BMUC). Een eerste structurele schijf van 40 miljoen euro werd toegevoegd aan het bestaande budget (16 miljoen euro).

De totale kostprijs van ICT en EPD in de ziekenhuizen wordt echter ingeschat op 2,59% van de omzet in de ziekenhuizen, ofwel 560 miljoen euro (cijfers 2014, voor AZ-PZ-UZ). Slechts 10% van de uitgaven wordt dus momenteel door de overheid gefinancierd.

État de la situation :

En 2016, l'autorité a démarré un financement fondé sur des critères BMUC ("Meaningful Use Criteria") adaptés au contexte belge (cf. BMUC). Une première tranche structurelle de 40 millions d'euros a été ajoutée au budget existant (16 millions d'euros).

Le coût total des TIC et DPI dans les hôpitaux est néanmoins estimé à 2,59% du chiffre d'affaires des hôpitaux, ce qui représente 560 millions d'euros (chiffres 2014, pour les HG-HP-HU). Seuls 10% des dépenses sont donc actuellement financés par l'autorité.

Commentaar :

Het gebrek aan een afdoende financiering leidt tot grote verschillen tussen ziekenhuizen op het vlak van informatica. Bijkomende overheidsfinanciering, en dus een gelijkere financiering van de ziekenhuizen geeft aan iedereen meer zuurstof voor de nodige investeringen om de ziekenhuizen op het niveau van de 21^e eeuw te brengen.

De primaire processen op vlak van EPD en ICT in de ziekenhuizen zouden maximaal ondersteund moeten worden. Het gaat om de klinische zorgprocessen¹ en de processen op het vlak van bedrijfsvoering². Zij vertegenwoordigen 291 miljoen euro van de uitgaven (zie bijlage).

Commentaire :

L'on constate de grandes différences sur le plan informatique entre les hôpitaux par manque de financement adéquat. Un financement supplémentaire de la part de l'autorité, et par extension un financement plus équitable des hôpitaux, donnerait plus de marge à tout un chacun pour procéder aux investissements nécessaires à la modernisation des hôpitaux du 21^{ème} siècle.

Les processus primaires en termes de TIC et de DPI dans les hôpitaux devraient être soutenus au maximum. Il s'agit des processus de soins cliniques³ et de gestion⁴. Ils représentent 291 millions d'euros de dépenses (cf. annexe).

¹ EPD, PACS, apotheek, ...

² registratie, boekhouding, logistiek, ...

³ DPI, PACS, pharmacie, ...

⁴ enregistrement, comptabilité, logistique, ...

2. Compenserende structurele maatregel – Mesure structurelle compensatoire

Omschrijving – Description :

Budget op jaarbasis :

Budget sur base annuelle :

Reglementaire basis :

Base réglementaire :

Reglementaire wijziging ?

Modification réglementaire ?

Te doorlopen traject :

Trajet à suivre :

Toepassingsdatum :

Date d'application :

Stand van zaken :

État de la situation :

Commentaar - Commentaire :

Bijlage : inschatting van de informaticakosten in ziekenhuizen

De jaarlijkse uitgaven voor informatica werden ingeschat via een gestandaardiseerde enquête uit bedrijfsleven NEN-EN-15221. De resultaten zijn gebaseerd op een staal van 18 ziekenhuizen (cijfers 2014).

Uit de bevraging blijkt dat de jaarlijkse ICT-uitgaven in 2014 reeds 2,59% van de omzet bedragen, dus vóór de start op basis van de BMUC. De procentuele kost is inmiddels verder gestegen.

%Omzet	
OPEX	1.25%
Afschr	0.60%
FTE	0.74%
Totaal	2.59%

In absolute termen betreft het een jaarlijkse uitgave van 560 miljoen euro (2014) :

Klinische zorgprocessen (EPD, PACS, apotheek, ...)	27%	151 mio
Bedrijfsvoering (registratie, boekhouding, logistiek, ...)	25 %	140 mio
Systeem HW en SW (datacenter, connectiviteit, ...)	28 %	157 mio
Cliënt gericht (helpdesk, MS office,)	15 %	84 mio
Rest (management, beveiliging)	5 %	28 mio

Volksgezondheid zou de maatschappelijke evolutie in ICT moeten volgen. Bovendien worden ook de patiënten steeds veeleisender op het vlak van digitale ondersteuning. Aangezien de ziekenhuizen achterlopen op de realiteit en de consument veel sneller gaat, wordt de gap steeds groter wordt.

Anderzijds brengen investeringen in ICT efficiëntiewinsten met zich mee, maar deze investeringen zijn reeds jarenlang niet gefinancierd.

Annexe : estimation des coûts informatiques dans les hôpitaux

Les dépenses annuelles en informatique ont été estimées à l'aide d'une enquête standardisée (NEN-EN-15221). Les résultats sont basés sur un échantillon de 18 hôpitaux (chiffres 2014).

Il ressort de l'enquête que les dépenses TIC annuelles s'élevaient déjà à 2,59% du chiffre d'affaires en 2014, c'est-à-dire avant le démarrage du financement basé sur des critères BMUC. Dans l'intervalle, ce pourcentage n'a cessé d'augmenter.

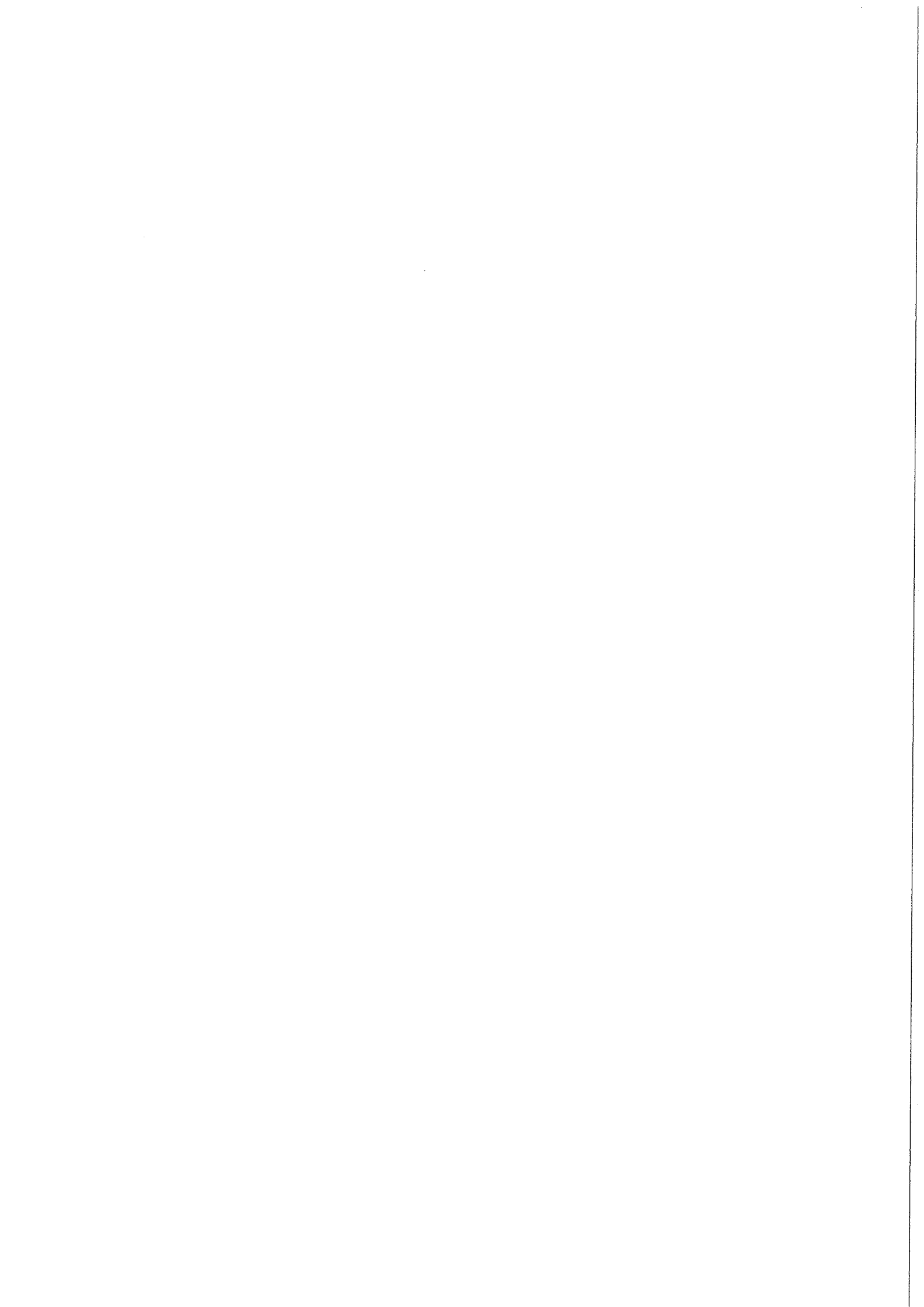
%Omzet	
OPEX	1.25%
Afschr	0.60%
FTE	0.74%
Totaal	2.59%

En termes absolus, il s'agit d'une dépense annuelle de 560 millions d'euros (2014) :

Processus de soins cliniques (DPI, PACS, pharmacie, ...)	27%	151 mio
Gestion (enregistrement, comptabilité, logistique, ...)	25 %	140 mio
Système HW et SW (data center, connectivité, ...)	28 %	157 mio
Orientation client (helpdesk, MS office,)	15 %	84 mio
Reste (management, sécurisation, ...)	5 %	28 mio

La Santé publique devrait suivre l'évolution sociale en informatique. Par ailleurs, les patients deviennent également de plus en plus exigeants en matière de support numérique. Étant donné que les hôpitaux sont en retard sur la réalité et que le consommateur avance beaucoup plus vite, l'écart ne cesse de se creuser.

Par ailleurs, les investissements dans les TIC apportent des gains d'efficacité, mais ces investissements n'ont pas été financés depuis de nombreuses années.



A. Prioritaire Wijziging 2019

Modification prioritaire 2019

1. **Omschrijving - Description** : De wetsontwerpen tot invoering van de ziekenhuisnetwerken voorzien een nieuwe functie van netwerkhoofddarts. De netwerken zullen ook andere coördinatie- en ondersteunende functies met zich meebrengen.

Budget op jaarbasis : 16 miljoen euro
Budget sur base annuelle : 16 millions d'euros

Coördinatiefuncties :

525.000 euro per netwerk

Secretariaat van netwerk, beheer rechtspersoon, beheer medische raad:

60.000 euro per netwerk

Werkingskosten: 10 %

58.500 euro per netwerk

- Totaal: 643.500 euro per netwerk
- Behoeftte voor 25 netwerken: 16 miljoen euro

Reglementaire basis : Wetsontwerpen tot wijziging van de ziekenhuiswet gecoördineerd op 10 juli 2008, wat de klinische netwerken tussen ziekenhuizen betreft

Base réglementaire Projets de loi modifiant la loi sur les hôpitaux coordonnée le 10 juillet 2008, en ce qui concerne les réseaux cliniques entre hôpitaux

Reglementaire wijziging ? : Koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling van het budget van financiële middelen

Modification réglementaire ? Arrêté royal du 25 avril 2002 portant fixation du Budget des moyens financiers

Te doorlopen traject :
Trajet à suivre

Realistische toepassingsdatum : 01/07/2019. Alle netwerken moeten erkend zijn op 01/01/2020. Het is dan ook noodzakelijk dat vanaf 01/07/2019 financiering wordt voorzien om de nieuwe functies te creëren en het netwerk op te bouwen

Date d'application réaliste : 01/07/2019. Tous les réseaux doivent être agréés le 01/01/2020. Il est donc nécessaire qu'à partir du 1/ 07/2019, un financement soit prévu pour créer ces nouvelles fonctions et mettre en place le réseau

Stand van zaken : De wetsontwerpen zijn goedgekeurd in eerste lezing en liggen voor advies voor bij de Raad van state

Etat de la situation : Les projets de loi ont été approuvés en première lecture et soumis au Conseil d'État pour avis

Commentaar - Commentaire :

2. Compenserende structurele maatregel – Mesure structurelle compensatoire

Omschrijving - Description :

Budget op jaarbasis :
Budget sur base annuelle

Reglementaire basis :
Base réglementaire

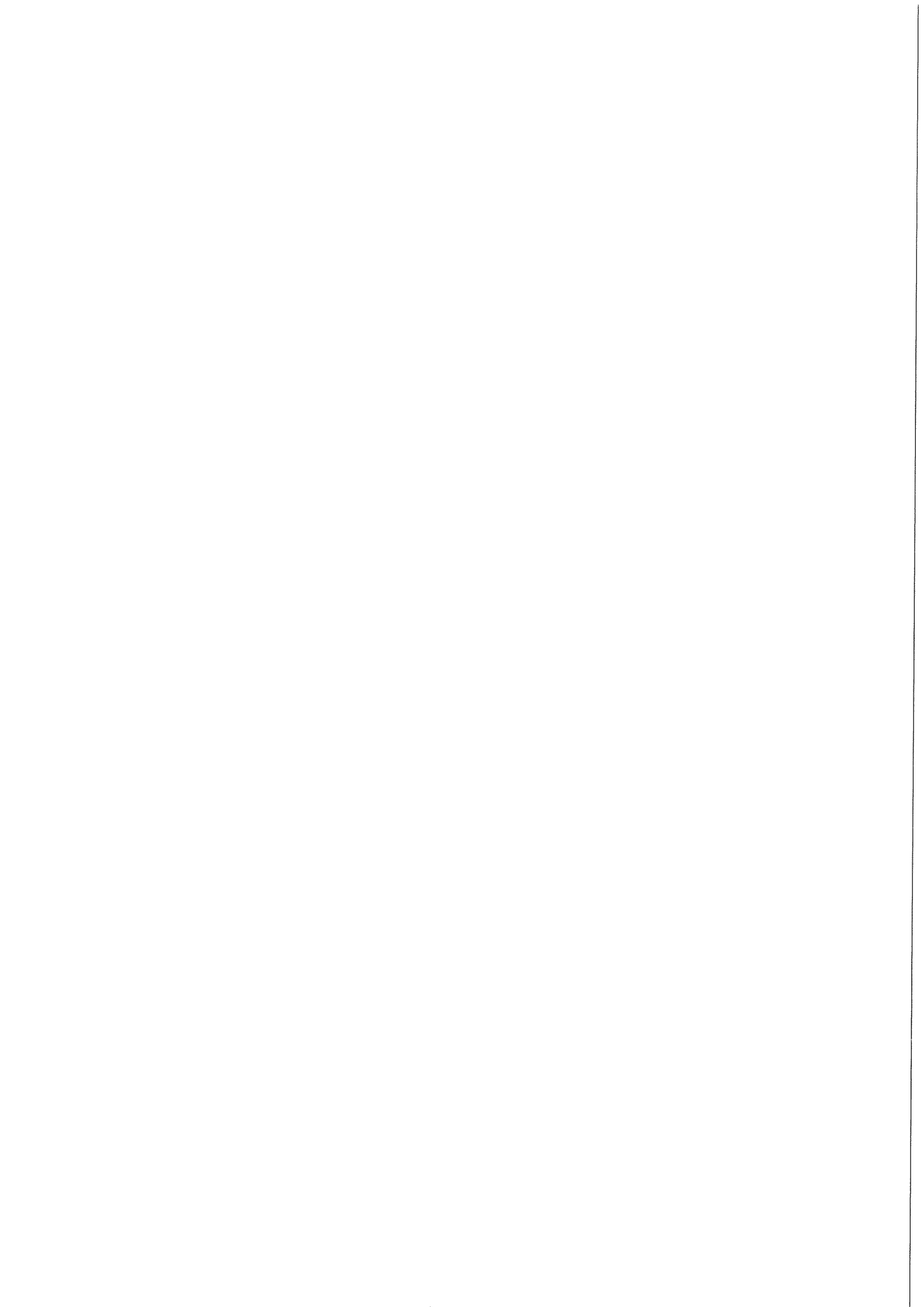
Reglementaire wijziging ? :
Modification réglementaire ?

Te doorlopen traject :
Trajet à suivre

Toepassingsdatum :
Date d'application

Stand van zaken :
Etat de la situation

Commentaar - Commentaire :



A. Prioritaire Wijziging 2019

A. Modification prioritaire 2019

1. Omschrijving - Description :	Verdere uitrol project artikel 107 a. Intensifiëring van de zorg : geplande en niet-geplande zorg in de schoot van functie 4 b. Financiering medische functie in de mobiele equipes (functie 2) - Poursuite du déploiement du projet « Article 107 » a. Intensification des soins : soins planifiés et non planifiés dans le cadre de la fonction 4 b. Financement de la fonction médicale au sein des équipes mobiles (fonction 2)
--	--

Budget op jaarbasis : € 11.408.640 (intensifiëring van zorg)
€ 4.719.045 (medische functie)
€ 8.000.000 coördinatiekosten en werkingsmiddelen voor de netwerken 107

Budget sur base annuelle : 11.408.640 € (intensification des soins)
4.719.045 € (fonction médicale)
8.000.000 € (frais de coordination et moyens de fonctionnement pour les réseaux 107)

Reglementaire basis : Artikel 11 van de Ziekenhuiswet
Artikel 107 van de Ziekenhuiswet

Base réglementaire : Article 11 de la loi sur les hôpitaux
Article 107 de la loi sur les hôpitaux

Reglementaire wijziging ? : Koninklijk besluit BFM – onderdeel B4

Modification réglementaire ? : Arrêté royal BMF-sous partie B4

Te doorlopen traject :
Trajet à suivre

Realistische toepassingsdatum :
Intensifiëring van zorg: projecten geplande zorg vanaf 01/01/2019 (evaluatie op 01/01/2022)
Medische functie in de mobiele equipes:
- helft van het bedrag vanaf 01/01/2019
- andere helft vanaf 01/01/2020
Coördinatie en werkingsmiddelen netwerk : vanaf 1/1/2019

Date d'application réaliste : Intensification des soins : projets « Soins planifiés » à partir du 01/01/2019 (évaluation le 01/01/2022)
Fonction médicale au sein des équipes mobiles :
- la moitié du montant à partir du 01/01/2019

- l'autre moitié à partir du 01/01/2020
Coordination et moyens de fonctionnement du réseau : à partir
du 01/01/2019

Stand van zaken :

Voor de verdere ontwikkeling van de netwerken (IMC november 2017) dienen de nodige middelen voorzien te worden voor functie 4 (intensifiëring) en functie 2 (uitbouw mobiele equipe).

A. Intensifiëring van zorg (functie 4)

In de tekst "Optimalisering of intensifiëring van de zorg in functie 4 in de GGZ-hervorming voor volwassenen" zoals goedgekeurd op het overlegorgaan 107 en voorgelegd op de IMC van 26/03/2018, worden voorstellen ter intensifiëring uitgewerkt voor zowel geplande als niet geplande zorg.

1. Personen met ernstige psychiatrische problemen of klachten komen vaak via een crisis-gelateerde situatie in de zorg terecht en zijn de facto niet gepland. Concreet worden drie belangrijke patiëntengroepen onderscheiden waarvoor een gepast zorgaanbod nodig is: de patiënten met een statuut van gedwongen opname, patiënten die zich aanmelden bij de algemene dienst spoedgevallen, patiënten die in crisis in de residentiële zorg worden opgenomen.

Om een goede GGZ te organiseren als antwoord op deze belangrijke maatschappelijke nood, stelt het overlegorgaan 107 voor om:

- o in elke erkende spoeddienst te beschikken over psychiatrische expertise en binnen elk 107 project gespecialiseerde diensten met aanwezige expertise inzake infrastructuur en omkadering (EPSY)
 - o in het psychiatrisch ziekenhuis beschikken over voldoende crisisbedden alsook een specifieke unit met aanwezige expertise en infrastructuur en omkadering (High Intensive Care Unit)
 - o Dit model voor organisatie van niet geplande zorg wordt in opdracht van de IMC verder geconcretiseerd en zal in de loop van 2019 ook budgettair vertaald worden (met inbegrip van het reeds bestaande budget voor de proefprojecten 'crisis en casemanagement').
2. Voor geplande geïntensifieerde zorg is een personeelsnorm van 0,73 VTE per bed noodzakelijk.

B. Medische functie in de mobiele equipes (functie 2)

- o Een aantal mobiele equipes zijn reeds operationeel à rato van 548,54 VTE.
- o Via B4-overeenkomsten (art. 63 §2) werd reeds € 5.433.435 in het BFM ingeschreven voor de forfaitaire vergoeding van de medische functie in de bestaande mobiele equipes.
- o De IMC van 20 november 2017 heeft beslist over de verdere uitrol van de netwerken 107 met vastlegging van het aantal VTE per mobiele equipe en van het aantal mobiele equipes per netwerk 107, idem dito voor de medische functie in deze mobiele equipes.
- o Elk van de netwerken 107 werd in december 2017 en januari 2018 uitgenodigd om na te denken over de verdere uitrol van het eigen netwerk, en de mobiele equipes in het bijzonder.
- o Een aantal netwerken hebben tegen 31/01/2018 een voorwaardelijk voorstel tot verdere bedbevriezing en verdere uitbouw van mobiele equipes bij de FOD VG neergelegd. De

voorwaarden hadden vooral betrekking op de onderhandelingen met de psychiaters over de medische functie.

Aanvullend op de financiering van de medische functie in de mobiele equipe dienen ook de nodige honoraria voorzien te worden voor de intensifiëring van zorg, cf. functie 4 (zowel planbare zorg als niet-planbare zorg).

C Coördinatie en werkingskosten van de netwerken 107

Bij de opstart van de netwerken werd per netwerk per jaar een budget van € 400.000 ter dekking van de coördinatie- en werkingskosten van het netwerk uitbetaald.

Na enkele jaren werd deze kost niet meer vergoed. Voor de meeste netwerken werden deze werkingsmiddelen voor het netwerk niet meer vergoed vanaf het jaar 2016 of 2017. Enkel de netwerken die in de loop van deze jaren werden opgestart ontvangen gedurende 3 jaar de financiering van de werkings- en coördinatiekosten.

Parallel aan de uitbouw van de klinische netwerken, waar op permanente basis een coördinatie- en werkingskosten worden gevraagd, wordt de herinvoering van de toekenning van deze kosten vanaf 1/1/2019 gevraagd.

État de la situation :

Afin que le développement des réseaux puisse se poursuivre (CIM de novembre 2017), il y a lieu de prévoir les moyens nécessaires à la fonction 4 (intensification) et à la fonction 2 (développement des équipes mobiles).

A Intensification des soins (fonction 4)

Le texte « Optimisation ou intensification des soins de la fonction 4 dans le cadre de la réforme des SSM pour adultes » qui a été approuvé au sein de l'organe de concertation 107 et soumis lors de la CIM du 26/03/2018, mentionne plusieurs propositions d'intensification qui ont été élaborées pour les soins aussi bien planifiés que non planifiés.

1. Les personnes atteintes de problèmes psychiatriques graves finissent souvent par être prises en charge par le biais d'une situation de crise et ne sont de facto pas prévues. Concrètement, nous distinguons trois grands groupes de patients qui requièrent une offre de soins adaptée : les patients ayant un statut d'admission forcée, les patients qui se présentent au service général des urgences, et les patients qui, en situation de crise, sont admis en soins résidentiels.

Afin d'organiser au mieux les SSM en réponse à ce besoin important sur le plan social, l'organe de concertation 107 propose :

- qu'il y ait une expertise psychiatrique dans chaque service des urgences agréé ainsi que des services spécialisés avec une expertise présente en termes d'infrastructure et d'encadrement dans chaque projet 107 (EPSY).
- qu'il y ait suffisamment de lits de crise ainsi qu'une unité spécifique avec une expertise présente en termes d'infrastructure et d'encadrement (High Intensive Care Unit) dans chaque hôpital psychiatrique.
- Ce modèle d'organisation des soins non planifiés sera concrétisé plus en avant pour le compte de la CIM et sera également budgétisé dans le courant de l'année 2019 (en ce compris le budget déjà existant pour les projets pilotes « Gestion de crise et case management »).

2. En ce qui concerne les soins intensifiés planifiés, une norme de personnel de 0,73 ETP par lit s'avère nécessaire.

B. Fonction médicale au sein des équipes mobiles (fonction 2)

- Un certain nombre d'équipes mobiles sont déjà opérationnelles à raison de 548,54 ETP.
- Par le biais de conventions B4 (article 63, §2), 5.433.435 € ont déjà été inscrits dans le BMF pour le financement forfaitaire de la fonction médicale au sein des équipes mobiles existantes.
- La CIM du 20 novembre 2017 a décidé de poursuivre le déploiement des réseaux 107 en fixant le nombre d'ETP par équipe mobile et le nombre d'équipes mobiles par réseau 107, idem pour la fonction médicale au sein de ces équipes mobiles.
- En décembre 2017 et en janvier 2018, chacun des réseaux 107 a été invité à réfléchir à la suite du déploiement de son propre réseau, et en particulier de ses équipes mobiles.
- En date du 31/01/2018 au plus tard, plusieurs réseaux ont proposé au SPF Santé publique de poursuivre le gel de lits et le développement des équipes mobiles sous certaines conditions. Les conditions portaient surtout sur les négociations avec les psychiatres au sujet de la fonction médicale.

Outre le financement de la fonction médicale au sein des équipes mobiles, il y a également lieu de prévoir les honoraires requis pour l'intensification des soins, cf. fonction 4 (pour les soins aussi bien planifiables que non planifiables).

C. Coordination et frais de fonctionnement des réseaux 107

À la création des réseaux, un budget de 400.000 € par réseau par an a été prévu en vue de couvrir les coûts de coordination et de fonctionnement du réseau.

Après quelques années, ces frais n'ont plus été indemnisés. Pour la plupart des réseaux, ces moyens de fonctionnement n'ont plus été versés à partir de 2016 ou 2017. Seuls les réseaux créés durant ces années reçoivent un financement de leurs coûts de coordination et de fonctionnement pendant trois ans.

Parallèlement au déploiement des réseaux cliniques, qui engendre des frais de coordination et de fonctionnement sur une base permanente, la réintroduction du financement de ces coûts à partir du 01/01/2019 est demandée.

Commentaar - Commentaire :

A. Intensivering van zorg : geplande zorg

Er wordt voorgesteld om pilootprojecten te organiseren in elk netwerk 107 voor een periode van 3 jaar.

Er worden geen minima vooropgesteld.

Er wordt uitgegaan van 20 geïntensifieerde bedden per netwerk 107 en voor de grote netwerken 107 die veel inwoners omvatten, van 20 geïntensifieerde bedden per 500.000 inwoners.

Dit resulteert in max 480 geïntensifieerde bedden over alle netwerken samen.

Het betreft hier zowel A-bedden, T-bedden als een combinatie van beide.

In de onderstaande berekeningen wordt uitgegaan van de intensifiëring via T-bedden.

Volgens de financieringsnorm zijn er 12 VTE per T-bed of 0,4 VTE /bed (= personeel B2 + mobiel team van het ziekenhuis)

Te dekken behoefte: het verschil tussen 0,73 VTE/ bed , vereist voor geplande geïntensifieerde zorg, en 0,4 VTE per bed in de huidige gefinancierde norm.

Dus een verschil van 0,33VTE / bed, of € 21.450 € per geïntensifieerd bevroren T-bed in het kader van deze pilootprojecten intensifiëring van zorg,

Maximaal budget:

- 0,33 VTE / bed * 480 bedden (20 bedden* 20 netwerken + extra bedden voor grote netwerken) * € 65.000 € / VTE = € 10.296.000

Maximum budget voor de medische functie in deze geïntensifieerde bedden:

- € 2.318 € /bed * 480 bedden (20 bedden* 20 netwerken + extra bedden voor grote netwerken) = € 1.112.640 €

In uitzonderlijke gevallen, worden netwerken die zelf onvoldoende bedden kunnen bevriezen, financieel gesteund om aan het pilootproject deel te nemen.

B. Medische functie

Voor de verdere uitrol van de mobiele equipes 2A en 2B dient financiering voorzien te worden voor de medische functie.

In de berekeningen wordt uitgegaan van 46 mobiele equipes 2A en 47 mobiele equipes 2B.

Benodigd budget voor mobiele equipes 2A :

- Mobiele equipes 2A : $46 * 18u * 52 \text{ weken} * 120 \text{ €} = 5.166.720 \text{ €}$
- Mobiele equipes 2B : $47 * 17u * 52 \text{ weken} * 120 \text{ €} = 4.985.760 \text{ €}$

In aanvulling op de 5.433.435 € binnen de B4-overeenkomsten voor de forfaitaire vergoeding van de medische functie in de reeds bestaande mobiele equipes, is een bijkomende financiering van € 4.719.045 €.

C Coördinatie- en werkingskosten

€ 400.000 op jaarbasis per netwerk $107 * 20 \text{ netwerken} = € 8.000.000$

A. Intensification des soins : soins planifiés

Il est proposé d'organiser des projets pilotes au sein du chaque réseau 107 pour une période de 3 ans.

Aucun minimum n'est fixé.

Nous sommes partis de 20 lits intensifiés par réseau 107 et pour les grands réseaux 107 qui englobent de nombreux habitants, de 20 lits intensifiés par tranche de 500.000 habitants.

Ce qui aboutit à un maximum de 480 lits intensifiés tous réseaux confondus.

Il s'agit ici aussi bien de lits A, de lits T, qu'une combinaison des deux.

Les calculs suivants se basent sur une intensification par le biais de lits T.

Conformément à la norme de financement, il y a 12 ETP par lit T ou 0,4 ETP / lit (= personnel B2 + équipe mobile de l'hôpital)

Besoin à couvrir : la différence entre 0,73 ETP par lit, requis pour les soins intensifiés planifiés, et 0,4 ETP par lit dans la norme de financement actuelle

Il s'agit donc d'une différence de 0,33 ETP par lit, soit 21.450 € par lit T gelé intensifié dans le cadre de ces projets pilotes « Intensification des soins ».

Budget maximal :

- $0,33 \text{ ETP} / \text{lit} * 480 \text{ lits} (20 \text{ lits} * 20 \text{ réseaux} + \text{lits supplémentaires pour les grands réseaux}) * 65.000 \text{ €} / \text{ETP} = 10.296.000 \text{ €}$

Budget maximal pour la fonction médicale dans ces lits intensifiés :

- $2.318 \text{ €} / \text{lit} * 480 \text{ lits} (20 \text{ lits} * 20 \text{ réseaux} + \text{lits supplémentaires pour les grands réseaux}) = 1.112.640 \text{ €}$

Dans certains cas exceptionnels, les réseaux qui ne peuvent pas geler suffisamment de lits, sont soutenus financièrement afin de leur permettre de participer au projet pilote.

B. Fonction médicale

En vue de poursuivre le déploiement des équipes mobiles 2A et 2B, il y a lieu de prévoir un financement pour la fonction médicale.

Les calculs s'effectuent sur la base de 46 équipes mobiles 2A et 47 équipes mobiles 2B.

Budget requis pour les équipes mobiles 2A :

- Équipes mobiles 2A : $46 * 18 \text{ heures} * 52 \text{ semaines} * 120 \text{ €} = 5.166.720 \text{ €}$
- Équipes mobiles 2B : $47 * 17 \text{ heures} * 52 \text{ semaines} * 120 \text{ €} = 4.985.760 \text{ €}$

Un financement supplémentaire de 4.719.045 € vient s'ajouter aux 5.433.435 € au sein des conventions B4 pour le financement forfaitaire de la fonction médicale dans les équipes mobiles déjà existantes.

C. Frais de coordination et de fonctionnement

400.000 € sur une base annuelle par réseau $107 * 20 \text{ réseaux} = 8.000.000 \text{ €}$

2. Compenserende structurele maatregel – Mesure structurelle compensatoire

Omschrijving - Description: Transfer van niet uitgegeven medische honoraria in bevroren bedden vanuit budget medicomut naar BFM - Transfert, du budget de la Médico-mut vers le BMF, des honoraires médicaux non dépensés dans les lits gelés

Budget op jaarbasis : € 4.539.975,57
Budget sur base annuelle 4.539.975,57 €

- Bespaarde honoraria op de reeds bevroren bedden: € 3.371.323,04
- Honoraria op nog te bevroren bedden om te komen tot volledige uitrol: € 2.517.753,21
- Correctie op niet te recupereren honoraria

a) € 943.338,68

Vanuit de vaststelling dat niet alle VTE in de mobiele equipes afkomstig zijn uit bedbevrozing, vb inbreng van VTE vanuit een AZ in een mobiele equipe vanuit eigen AZ-middelen of vanuit andere types instellingen (bijv centra GGZ), is er voor deze VTE om de mobiele equipes samen te stellen, geen bedbevrozing aan voorafgegaan en dus wordt er op deze niet-bevroren bedden ook geen medische honoraria gerecupereerd. Deze niet-recuperatie moet worden afgetrokken van de over te dragen budgetten.

b) € 405.762,00

Bovenstaande redenering gaat op voor die werkingsgebieden waarin onvoldoende bedcapaciteit aanwezig is om voldoende te kunnen bevroren om aan de vereiste VTE te komen tot uitbouw van volwaardige mobiele equipes. Ook voor deze bijkomend te financieren hulpverleningscapaciteit in de mobiele equipes, kunnen er geen honoraria worden gerecupereerd.

Er wordt uitgegaan van een scenario waarbij in 4 werkingsgebieden de helft van het aantal VTE in de mobiele equipes bijkomend worden gefinancierd wegens onvoldoende capaciteit (70 VTE) . Op het overeenkomend aantal theoretisch te bevroren bedden (= 175 T-bedden) worden ook geen honoraria gerecupereerd

In de toekomst moet ook de financiering getransfereerd worden voor de honoraria in het kader van de intensifiëring (functie 4).

- Honoraires économisés sur les lits déjà gelés : 3.371.323,04 €
- Honoraires se rapportant aux lits qui doivent encore être gelés pour un déploiement complet : 2.517.753,21 €
- Correction des honoraires qui ne sont pas à récupérer

a) 943.338,68 €

Partant du constat que tous les ETP des équipes mobiles ne proviennent pas du gel de lits - p. ex. ETP provenant d'un HG dans une équipe mobile déployée à l'aide des propres moyens de l'HG ou provenant d'autres types d'institutions (p. ex. centre SSM) -, il n'est procédé à aucun gel de lits préalable pour ces ETP qui viennent composer ces équipes mobiles et il n'est donc pas non plus possible de récupérer des honoraires médicaux sur ces lits non gelés. Cette non-récupération doit être déduite des budgets à transférer.

b) 405.762,00 €

Le raisonnement susmentionné s'applique aux domaines d'activité dans lesquels la capacité des lits est insuffisante pour pouvoir geler suffisamment en vue de parvenir au nombre d'ETP requis pour le développement des équipes mobiles à part entière. On ne peut pas non plus récupérer des honoraires pour financer cette capacité supplémentaire au sein des équipes mobiles.

Nous nous basons sur un scénario où, dans quatre domaines d'activité, la moitié des ETP au sein des équipes mobiles fait l'objet d'un financement supplémentaire en raison d'une capacité insuffisante (70 ETP). Il n'est pas non plus possible de récupérer des honoraires sur le nombre théorique de lits à geler (= 175 lits T).

À l'avenir, le financement devra également être transféré pour les honoraires dans le cadre de l'intensification (fonction 4).

Reglementaire basis :

Base réglementaire

Reglementaire wijziging ? :

Modification réglementaire ?

Te doorlopen traject : Transfer van RIZIV-budget medische honoraria naar BFM

Trajet à suivre : Transfert du budget INAMI pour les honoraires médicaux vers le BMF

Toepassingsdatum :

Date d'application

- vanaf 1/1/2019 : € 3.371.323,04 + helft van het bedrag van (2.517.753,21 – € 1.349.100,68) = € 3.955.649,31
- vanaf 1/1/2020: helft van € 1.168.652,53 = € 584.326,26
- à partir du 01/01/2019 : 3.371.323,04 € + la moitié du montant de (2.517.753,21 – 1.349.100,68 €) = 3.955.649,31 €
- à partir du 01/01/2020 : la moitié de 1.168.652,53 € = 584.326,26 €

Stand van zaken :

Etat de la situation

- Op 1/1/2018: reeds € 3.371.323,04 minder uitgegeven aan medische honoraria door bevroren bedden
 - In functie van nog te bevroren bedden (T = 1.086): bijkomende min uitgaven in de medische honoraria € 2.517.753,21
 - Nog te beslissen: welk percentage van inzet van VTE in de mobiele equipes afkomstig zijn uit inbreng van partners, waarop ook medische inzet is vereist, maar geen aanleiding geeft tot minderuitgaven in de medische honoraria: nu 1 VTE op 6
-
- Au 01/01/2018 : on a déjà dépensé 3.371.323,04 € en moins en honoraires médicaux grâce aux lits gelés ;
 - En fonction des lits qu'il reste à geler (T = 1.086) : on dépensera encore 2.517.753,21 € en moins en honoraires médicaux ;
 - Encore à décider : dans les équipes mobiles, quel est le pourcentage d'ETP provenant de l'apport de partenaires, où un déploiement médical est également requis, mais n'entraînant aucune diminution des dépenses en honoraires médicaux : actuellement 1 ETP sur 6.

Commentaar - Commentaire : berekeningswijze : zie volgende pagina

Méthode de calcul : cf. page suivante

Bijlage - Annexe

Beslissing IMC 20 nov 2017 : te bereiken situatie		
UITBREIDING MOBILEE EQUIPES		
aantal mobiele equipes 2A	46	A
aantal psychiateruren per week	18	B
eenheidsprijs €/u	€ 120,00	C
benodigd budget 2A	€ 5.166.720,00	E= A*B*C*52
aantal mobiele equipes 2B	47	F
aantal psychiateruren per week	17	G
eenheidsprijs €/u	€ 120,00	H
benodigd budget 2B	€ 4.985.760,00	I=F*G*H*52
totaal aantal in te zetten VTE in de mobiele equipes	976,4	
Totaal benodigd budget medische functie 2A + 2B	€ 10.152.480,00	J= E+I
(18u/wk in 2A en 17u/wk in 2B à 120€/u)		
Situatie 1/1/2018		
Anders ingezette VTE uit bevroren bedden	548,54	
forfaitaire financiering medische functie via BFM	€ 5.433.435,00	K
Budget te financieren tot volledige uitrol mobiele equipes	€ 4.719.045,00	L= J-K
MAAR		
minder uitgaven in medische honoraria op basis van reële gemiddelde bedragen 2016 per type bed	€ 3.371.323,04	M over te dragen van RIZIV honoraria naar BFM
In de toekomst te bevroren bedden vanaf 1/1/2019		
Anders ingezette VTE uit bevroren bedden	434,35	
Berekende te besparen medische honoraria op bevroren bedden op basis van reële gemiddelde bedragen per type bed	€ 2.517.753,21	N In de toekomst over te dragen van RIZIV naar honoraria
1 T-bed = 0,4 VTE 1 T-bed = 2318,64 € per jaar		
Correctie voor financiering van medische functie op VTE in de mobiele equipes die niet afkomstig zijn uit bedbevrozing	€ 943.338,68	O af te trekken van over te dragen bedragen
a) 1 op 6 van aantal VTE is niet afkomstig uit bedbevrozing 406,85 T-bedden waarvoor geen honoraria worden gerecupeerd		
b) geen recuperatie op bijkomend te financieren VTE veronderstelling 70 VTE niet uit bedbevrozing		
70 VTE / 0,4 VTE vr T-bed = 175 T-bedden waarvoor geen honorarium wordt bevroren		
1 T = 2318,64 € honorarium/jaar	€ 405.762,00	
over te dragen bedragen vanuit toezichthonoraria op reeds bevroren bedden	€ 3.371.323,04	M
op nog te bevroren bedden	€ 2.517.753,21	N
correctie	€ 1.349.100,68	O
Totaal over te dragen bedragen van RIZIV naar BFM	€ 4.539.975,57	P= M+N-O
BESLUIT		
Saldo nog te financieren		
in geval van overdracht vanuit RIZIV	€ 179.069,43	R=J-K-P helft in 2019 - helft in 2020
Indien geen overdracht van RIZIV	€ 4.719.045,00	€ 4.630.199,65 in 2019 € 1.258.876,61 in 2020

