

SPF SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 12 décembre 2019

Direction générale Soins de santé

CONSEIL FÉDÉRAL DES
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Réf. : CFEH/D/501-2 (*)

Avis du CFEH relatif au financement des réseaux hospitaliers (partie 2)

Au nom du président,
Margot Cloet

Le secrétaire,
Pedro Facon



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

Par la présente, le CFEH souhaite rendre un avis en réponse à la demande d'avis de la ministre des Affaires sociales du 13 décembre 2018 concernant un financement au niveau des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux.

Une première partie de la demande d'avis, portant sur la répartition de 7 millions d'euros entre les hôpitaux généraux en tant qu'intervention dans les frais de ces hôpitaux engendrés par les activités préparatoires à la constitution des réseaux hospitaliers, a déjà été transmise précédemment à la Ministre par le CFEH. Nous nous référons ici à l'avis CFEH/D/492/1 du 11/04/2019.

Comme indiqué dans l'avis précité du CFEH, un groupe de travail ad hoc a été créé afin de discuter de la demande d'avis portant sur les possibilités de transférer à bref délai certains éléments du BMF actuel à un budget au niveau du réseau (BR), à côté d'un budget au niveau de l'hôpital individuel (BH).

Ce groupe de travail ad hoc a étudié de façon approfondie, lors de trois réunions, cette demande d'avis et remet ses conclusions sur cette demande dans le présent texte d'avis.

1. Contexte général

Le 14 février 2019, le cadre juridique pour la création des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux a été approuvé. La date pour l'agrément de cette nouvelle forme d'organisation du paysage hospitalier a ainsi été fixée d'un point de vue juridique au 1^{er} janvier 2020. Les hôpitaux accomplissent les démarches nécessaires pour préparer la demande d'agrément des réseaux en accordant une attention particulière et prioritaire à la constitution d'une entité juridique, s'appuyant sur les statuts requis pour assurer la gouvernance et le fonctionnement de ces entités nouvelles.

Puisque la définition juridique des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux à constituer est centrée sur l'organisation de la stratégie médicale au sein des entités géographiques englobées dans les réseaux à créer et que l'accent est mis sur une rationalisation future de l'offre de soins au sein de ces nouveaux réseaux, il faut s'attendre à ce que, dans les prochaines années, des glissements importants interviennent dans les missions de soins entre les hôpitaux faisant partie d'un même réseau.

De ce fait, le budget des moyens financiers, sous sa forme actuelle, qui est axé principalement sur l'activité au sein d'un hôpital individuel, est inadéquat pour financer en toute transparence les formes futures de réorganisation et de collaboration.

Dès lors, la demande d'avis de la Ministre s'interroge sur la manière dont la future structure organisationnelle de la collaboration entre hôpitaux au sein d'un réseau pourrait se traduire par un budget au niveau du réseau. Dans cette demande, quelques exemples de missions (de soins) sont donnés qui pourraient éventuellement déboucher sur un budget davantage agrégé au niveau du réseau et plus au niveau de l'hôpital individuel.

Le CFEH reconnaît la logique de ce raisonnement et tient à souligner qu'il serait souhaitable de soutenir pleinement ce changement organisationnel que le paysage hospitalier connaîtra à partir du 1^{er} janvier 2020 par l'octroi d'incitants financiers appropriés. Le groupe de travail ad hoc s'est penché sur cette matière délicate et est parvenu aux constatations suivantes.

2. Domaines possibles du financement des hôpitaux qui ont été étudiés

Tout d'abord, le CFEH souhaite se référer à quelques avis antérieurs sur le financement des réseaux hospitaliers. Il s'agit des avis suivants :

CFEH/D/SF/136-3 de 2017 : Avis de la plénière du Conseil fédéral concernant les freins et incitants à la collaboration entre hôpitaux dans le BMF

CFEH/D/SF/135-3 de 2017 : Avis du CFEH concernant la simplification du BMF

Dans d'autres avis aussi, le CFEH avait déjà mis certains accents sur le financement futur des hôpitaux. Nous renvoyons ici p. ex. à l'avis CFEH/D/497-1 de 2019 : Avis relatif aux besoins prioritaires - 2020 (+ fiches) ;

CFEH/D/495-10 de 2019 : mémorandum du CFEH.

Sur la base de ces différents avis, le CFEH estime avoir déjà indiqué une orientation claire sur la manière dont il serait possible d'adapter le financement des hôpitaux, en tenant compte du cadre de la constitution des réseaux.

Le CFEH voit quatre points d'attention dans cette discussion :

a. Remarques générales

Le CFEH constate que les hôpitaux traversent actuellement une période de transition importante, en vertu de laquelle il est impossible d'estimer avec une précision suffisante quelle sera la répercussion des changements qui se produiront à partir du 1/1/2020. Comme signalé ci-dessus, la mise au point d'accords de collaboration nouveaux, juridiquement corrects entre les hôpitaux dans le cadre des réseaux bénéficie de la plus grande priorité. Lorsque ces structures juridiques auront été constituées et que les agréments nécessaires auront été accordés par les autorités régionales, la concertation pourra commencer au sein des réseaux sur une approche médico-stratégique. Le CFEH tient en outre à souligner qu'il n'existe encore actuellement aucun cadre juridique clair pouvant servir de base à une évaluation de la concertation entre hôpitaux au sein des réseaux concernant cette approche médico-stratégique. Ainsi, les règles de programmation qui seront utilisées à l'avenir pour les différentes missions de soins ne sont pas encore connues. Le KCE mène actuellement des études pour jeter les bases scientifiques nécessaires à cette fin. Il est donc particulièrement difficile pour l'instant d'établir une estimation correcte de l'impact précis et de la portée des décisions à prendre, p. ex. quant à l'incidence sur le financement des hôpitaux.

Dès lors, le CFEH constate qu'il n'existe aucune base pour apporter des modifications au financement des hôpitaux au niveau d'un réseau.

Le CFEH estime d'ailleurs que les domaines proposés dans lesquels on pourrait éventuellement s'orienter vers un modèle de budget au niveau du réseau, sont plutôt d'ordre symbolique que substantiel. Cela étant, le CFEH ne nie pas que cela puisse être un signal adressé aux hôpitaux pour leur dire que les autorités voient l'avenir (et son soutien par des mécanismes de financement) dans le développement des réseaux. Nous reviendrons sur ce sujet au point 2d.

b. Actualisation d'un trajet de transition clair vers un budget au niveau du réseau

Le CFEH souhaite rappeler une nouvelle fois à la Ministre qu'il a déjà rendu en 2017 un avis sur un futur trajet d'implémentation pour le financement des hôpitaux sur la voie d'un BMF au niveau du réseau. À ce jour, cette proposition n'a pas encore été explorée ni développée plus en détail. Le CFEH reste toutefois convaincu que les hôpitaux ont avant tout besoin, dans leur trajet d'évolution depuis des organisations individuelles vers des partenaires au sein d'un réseau, de la transparence financière nécessaire, d'une stabilité et d'une prévisibilité de leur budget. C'est uniquement ainsi qu'il sera possible de garantir dans une mesure suffisante que les changements à venir pourront être absorbés par le secteur et que la marge requise sera créée pour réaliser les étapes nécessaires.

Le déplacement d'activités entre hôpitaux partenaires au sein du réseau aura un impact sur le BMF qu'il n'est pour l'instant possible d'estimer que dans une mesure limitée.

Le CFEH est donc fortement partisan d'affiner les propositions déjà émises dans l'avis précédent, de définir le calendrier plus en détail et d'indiquer quelques lignes de force permettant d'encadrer cette transition. Pour rencontrer pleinement ces objectifs, le CFEH joint en annexe au présent avis une proposition portant sur les modalités pour y donner forme.

Le CFEH constate que la technicité pour le calcul de nouveaux budgets au niveau des réseaux est très élevée et qu'il faut prendre le temps nécessaire, en concertation d'ailleurs avec les services administratifs, pour préparer cet exercice de manière approfondie et le réaliser.

Le CFEH est dès lors convaincu qu'il faut établir le plus rapidement possible un plan d'action concret associé à un timing rigoureux pour parvenir à un modèle de financement applicable dès que les réseaux auront atteint leur vitesse de croisière dans leur collaboration et en tenant compte de la réorganisation de l'offre de soins. Cette réorganisation doit prendre comme point de départ la recherche de soins plus efficaces et de meilleure qualité.

c. Nouveaux besoins apparaissant suite à la constitution des réseaux

Le CFEH plaide avec force pour que les initiatives et obligations nouvelles imposées aux réseaux sur le plan juridique soient financées dans une mesure suffisante. On songe ici concrètement, par exemple, au positionnement du médecin-en-chef (ou du collège des médecins-en-chef) au niveau du réseau. Il s'agit ici d'une fonction nouvelle impliquant de grosses responsabilités supplémentaires (cf. p. ex. le droit d'instruction), pour laquelle actuellement il n'est pas prévu la moindre intervention financière. Comme indiqué dans les priorités pour 2020, il convient de prendre aussi en considération les frais généraux (« overhead ») engendrés par la création de réseaux, par ex. le besoin inhérent d'un coordinateur.

Le CFEH est dès lors persuadé que les nouvelles structures qui seront mises en place, précisément en raison de la transition vers la structure en réseaux, doivent être financées au niveau du réseau et pourraient donc constituer une première base pour un budget au niveau du réseau. Pour cela, nous nous référons aux priorités définies pour 2020 et au mémorandum du CFEH.

D'autres éléments dans le financement, comme le transport de patients, doivent y être associés. La création de réseaux pourrait augmenter les frais de transport des patients. Il ne serait pas correct de répercuter ces frais sur les patients ou sur les hôpitaux.

d. Opportunités de regrouper certains éléments du BMF

Dans sa demande d'avis, la Ministre a formulé quelques propositions d'activités susceptibles d'entrer en considération pour un financement groupé au niveau du réseau, afin de parvenir de la sorte à un budget destiné au réseau.

Comme évoqué au point 2a déjà, le CFEH considère ces items comme un incitant financier plus symbolique que substantiel pour encourager la collaboration au niveau du réseau. Au sein du groupe de travail ad hoc constitué autour de cette demande d'avis, un exercice en profondeur a été réalisé pour estimer, à partir de quelques dossiers servant d'exemple, quelle serait la meilleure façon de procéder.

Le CFEH constate que les règles inhérentes au BMF actuel ne facilitent certainement pas un exercice de ce genre. Quasiment chaque ligne budgétaire inscrite au niveau de l'hôpital dans le BMF actuel possède des règles et une logique propres. Souvent, il existe une relation avec une activité ou encore des seuils minimaux qui sont financés, par exemple. Le CFEH constate que l'on peut tout au plus, sur la base de quelques exemples soigneusement choisis, mettre en lumière les mécanismes sous-jacents et susceptibles d'avoir une incidence sur le report du financement au niveau du réseau. Les effets que l'on obtiendrait alors sur un budget global au niveau de l'hôpital et du réseau et la répartition du budget fermé au niveau macro constituent toutefois des obstacles majeurs pour réaliser effectivement cette opération.

Le CFEH est convaincu que, si favorable que l'on soit à l'idée d'une incitation financière à la création des réseaux, il s'agit là d'un exercice tellement complexe qu'il peut uniquement être réalisé dans le cadre plus large du BMF tout entier. Cette approche ne pourra réussir que s'il y a une nouvelle simplification des règles de financement.

e. Considérations finales

Le CFEH est convaincu de l'importance d'une incitation financière à la constitution des réseaux. Celle-ci est toutefois indissociable de la création d'un cadre clair et cohérent dans lequel seront conclus les accords relatifs à la programmation des missions de soins.

Le CFEH renvoie à plusieurs avis dans un passé récent qui ont attiré l'attention sur des points à surveiller au moment de s'attaquer au financement des hôpitaux. Une approche cohérente et logique du modèle global de financement est indispensable. L'isolement de certains éléments dans le financement n'est pas évident en raison de l'interpénétration complexe de nombreux mécanismes de financement et fait courir le risque de générer des effets négatifs non désirés.

Des obligations nouvelles imposées dans le cadre des réseaux doivent être mises à profit pour amorcer le glissement vers un budget au niveau du réseau.

3. Initiatives simultanées

Le CFEH constate que plusieurs initiatives simultanées existent qui influencent d'une manière ou d'une autre le financement global des hôpitaux. Nous songeons ici à la simplification du BMF, au déplacement de certains éléments qui sont maintenant repris dans le cadre d'un précédent exercice de simplification (p. ex. déplacement de certains éléments de B4 à B2), à l'introduction du BMF dans le financement des soins à faible variabilité, etc. Mais d'autres initiatives encore, ne relevant pas toujours de la compétence du CFEH, se déroulent en parallèle. Songeons ici p. ex. au trajet "hospitalisation de jour" (une initiative conjointe de l'INAMI et du CFEH), à la lutte contre les suppléments d'honoraires (initialement au sein de la Médicomut, mais avec des conséquences potentiellement importantes pour les hôpitaux), au remaniement de la nomenclature (INAMI).

L'interaction entre ces différents flux financiers, couplée aux changements organisationnels relativement profonds dans le monde hospitalier, exige une approche coordonnée. Le CFEH demande ici explicitement une collaboration plus poussée entre l'INAMI et le CFEH, chapeauté par un comité d'accompagnement et soutenue par le cabinet et l'administration.

Le CFEH souhaite également attirer l'attention que le financement aussi bien des hôpitaux psychiatriques que des hôpitaux généraux doit être prise en compte dans ce processus.

4. Proposition de conclusion

Le CFEH tient à conclure dans cet avis que le morcellement des efforts pour mettre en place un nouveau financement des hôpitaux, même en se focalisant uniquement sur le BMF, est actuellement fort marqué. Pour répondre aux besoins des hôpitaux en cette période de transition, le regroupement des connaissances et de l'expertise est une donnée importante. Le système de financement actuel est extrêmement complexe, notamment en raison de nombreux éléments historiques. Toucher à un seul élément de ce BMF, même si cela paraît simple et évident à première vue, peut déboucher sur de nombreux effets inattendus et non désirés.

Le CFEH plaide en faveur d'une approche coordonnée avec pilotage central qui surveille l'entièreté du système de financement. Il n'est certainement pas impossible, sur la base d'études de cas, d'examiner en détail et en profondeur quels sont les mécanismes qui interviennent pour le déplacement de lignes budgétaires du niveau de l'hôpital individuel vers le niveau du réseau. Mais il faut identifier la totalité des composantes, des incidences et des déplacements.

Par-dessus tout, le CFEH tient à attirer à l'attention sur la nécessité d'un calendrier et d'un trajet transparents pour transformer le financement des hôpitaux en un financement orienté sur les réseaux.

Actualisation d'un trajet de transition clair vers un Budget des moyens financiers (BMF) au niveau du réseau

1. Contexte et défis

Le contexte de la présente annexe est repris dans le texte d'avis ci-joint. Pour la cohérence des avis formulés par le CFEH, il convient de le lire également au regard du mémorandum remis par le CFEH : CFEH/D/495-10 de 2019 : mémorandum du CFEH. Le CFEH tient à se référer aux conclusions de ce mémorandum comme source d'inspiration importante.

2. Objectif : transition graduelle vers un BMF au niveau du réseau.

2.1. Au niveau macro : un objectif budgétaire clair

Le CFEH souhaite un cadre budgétaire prévisible sur une durée de 5 ans (1 législature) pendant la période de transition vers des réseaux cliniques locorégionaux opérationnels.

Ceci implique tout d'abord qu'il n'y ait pas de surprises pendant cette période, c-à-d. pas d'économies, directes ou indirectes (via le budget des honoraires⁴/ médicaments)⁵, à charge du secteur hospitalier. Les économies réalisées par des gains d'efficacité ou des baisses de consommation seront réinvesties dans le secteur (p. ex. évolution du forfait médicaments). Enfin, il doit être possible d'investir dans la création d'un maximum de soins de santé "value-based" (à haut retour sur investissement).

Le CFEH voit les moyens suivants pour y parvenir :

a) Une réelle croissance budgétaire

Comme déclaré dans le mémorandum du CFEH, le secteur demande une norme de croissance réelle moyenne de 2,5% par an⁽⁶⁾ sur la période 2020-2024 à politique constante, suffisante pour suivre la tendance de la croissance naturelle de la demande de soins.

Ceci implique la neutralisation de l'impact de corrections du passé. On n'utilise plus la norme de croissance budgétaire pour honorer des engagements du passé (p. ex. accords sociaux 2011 et 2012, actuellement à charge du budget 2019). Le processus de révision de ces montants historiques, dont l'impact national est actuellement estimé entre 100 et 150 millions € sur base annuelle, doit être accéléré. L'administration du SPF Santé publique doit recevoir les moyens nécessaires pour ce faire, les montants concernés doivent être liquidés par des budgets exogènes, pour que les hôpitaux puissent récupérer cette trésorerie.

⁴Par exemple : certains honoraires hospitaliers ne sont pas toujours indexés, tandis que le salaire du personnel à charge de ces honoraires, engagé par l'hôpital, bénéficie bien d'une indexation.

⁵Par exemple : la réduction du niveau de remboursement INAMI pour les médicaments chimiques pour lesquels des alternatives génériques sont disponibles au niveau ATC5 touche exclusivement l'officine hospitalière.

⁶Le Bureau fédéral du Plan estime à 2,5% la croissance réelle des dépenses publiques de soins de santé "à politique constante", c-à-d. en maintenant inchangé le niveau de qualité et d'accessibilité des soins (rapport du Bureau du Plan "Prévisions économiques 2019-2024", version février 2019.)

Cela signifie également que la norme de croissance est investie dans des projets à valeur ajoutée pour les hôpitaux et les patients. Cette norme de croissance permettra un refinancement graduel du secteur hospitalier. Celui-ci passera par un plan pluriannuel défini avec les autorités compétentes et avec le secteur pour réformer le secteur.

Les projets prioritaires pour lesquels ces montants seront utilisés sont :

- Plus de personnel autour du patient
- Investissement dans la digitalisation (DPI)
- Mise en place des réseaux et coûts "uniques" liés à la rationalisation (investissements et personnel)
- Correction de certains sous-financements (historiques) évidents, p. ex. : quartier opératoire, RGPD, médicaments falsifiés...
- Développement de l'hospitalisation de jour
- Possibilités de reconversions en formes alternatives de soins

b) Un mécanisme limitant la croissance de la quote-part à charge du patient

La discussion sur la maîtrise des suppléments d'honoraires est intimement liée à la discussion sur le refinancement du secteur hospitalier et sur la révision de la nomenclature.

La concertation entamée à ce sujet entre les différentes parties prenantes doit se poursuivre en vue de concilier de façon équilibrée la maîtrise des suppléments d'honoraires et la surveillance du financement des hôpitaux dans un nouveau modèle de financement. À cet effet, une concertation a commencé au sein de l'INAMI entre médecins, organismes assureurs et hôpitaux qu'il convient de développer davantage. Le CFEH a la conviction qu'il faut aussi garantir à bref délai la transparence nécessaire pour les patients.

2.2. Au niveau méso (réseau) / micro (hôpital)

Principe

Les propositions ci-dessous, valables pour les hôpitaux aigus (donc hors hôpitaux psychiatriques / spécialisés), concernent en premier lieu le BMF et l'hôpital de jour, mais l'exercice devrait aussi avoir lieu pour d'autres sources de revenus (honoraires, médicaments, infrastructures, etc.).

L'objectif est d'appliquer la prévisibilité budgétaire au niveau méso (réseau), voire micro (hôpital), tout en préparant le BMF à une réforme plus profonde du financement.

Prévisibilité et stabilité des règles de calcul et des données utilisées

Nos propositions, à mettre en place d'ici la fin de la législature, se déclinent en trois temps.

a) Au 1^{er} juillet 2020

Le CFEH propose de fixer l'ensemble des règles de calcul à modifier pour la période 2020-2023 dans le BMF du 1^{er} juillet 2020, sur la base des avis existants du CFEH (= exécution des mesures prévues). Ces modifications viseront principalement à apporter des corrections par rapport à des effets indésirés connus sur lesquels il y a un grand consensus au sein du CFEH et à définir les règles de calcul pour certains éléments où une précision annuelle s'impose. Nous songeons p. ex. à la fixation des règles BMUC pour les années 2020 à 2023.

Entre le 1^{er} juillet 2020 et le 30 juin 2023 :

- Pas de modification des règles.
- Garantir la stabilité du type de données utilisées : stabilité des instructions d'enregistrement, des versions du système de regroupement utilisé, ... Pendant cette période de stabilité, des recalculs auraient toutefois lieu.
- Geler certaines "règles de calculs d'apothicaires", dans la sous-partie B4 notamment. Les nouvelles initiatives développées dans le cadre de la norme de croissance pourront venir compléter le financement actuel dans des lignes distinctes. Nous pensons à la suppression de l'incitant négatif du financement de l'hôpital de jour chirurgical dans la sous-partie B2.
- Supprimer l'obligation d'enregistrer certaines données non utilisées pour le financement, telles que l'enregistrement des données pour le calcul du B1 tous les 2 ans.

b) Période 2020 - 2022

Partant du postulat que le BMF restera le principal outil de financement de la structure hospitalière et des soins à moyenne variabilité de coûts, et conformément à la Feuille de route sur l'évolution vers un nouveau système de financement des soins hospitaliers en Belgique (Ministre Onkelinx, 24/10/2013) et au Plan d'approche (Ministre De Block, 28/04/2015) nous préconisons ce qui suit :

Donner une priorité au calcul des révisions des années 2015 à 2020 incluses pour rattraper le retard dans les révisions. Les révisions de l'année 2020 devraient être clôturées au plus tard en 2022.

Garantir une plus grande flexibilité dans l'utilisation des moyens en supprimant un maximum de contrôles a posteriori (ex. : tableau du personnel).

Préparer une série de modifications et simplifications des règles de calcul du nouveau BMF pour le 1^{er} juillet 2023 afin de le préparer à la réforme plus globale du financement.

Octroyer certains financements BMF visant à stimuler la collaboration au niveau du réseau (pour les réseaux qui y sont prêts).

Le CFEH émet, comme possible modèle d'une approche renouvelée du financement hospitalier, la proposition suivante de classer en 5 grandes catégories les financements repris dans le BMF (y compris les financements historiques "gelés" et les nouvelles initiatives depuis 2020). Chaque grande catégorie fait l'objet d'un seul mécanisme de répartition, transparent et au besoin simplifié, qui lui est propre. Le CFEH propose d'envisager des recalculs bisannuels plutôt qu'annuels quand c'est opportun.

Le CFEH propose d'examiner plus en détail, de manière exemplaire, les 5 catégories suivantes :

o Financements liés à la structure de l'hôpital

- Répartition du budget en fonction d'unités d'œuvre, du type B1 : m², ETP, lits, admissions et journées d'hospitalisation...

o Financements liés à l'activité de l'hôpital

- Répartition du budget en fonction de l'activité de l'hôpital, du type B2 : pathologie, activité justifiée...

o Financements liés à la qualité des soins

- Répartition du budget en fonction de paramètres du type P4P, par exemple

o Financements liés à des missions spécifiques

- Modalités de répartition du budget propre à chaque mission (ex. : missions académiques)

o Financements liés aux mesures qui ne sont pas encore en vitesse de croisière ou qui ne concernent pas que le personnel BMF

- Dans un premier temps, en visant principalement les mesures dans le cadre d'accords sociaux et d'études pilotes (ex : IF-IC, études pilotes)
- Modalités de répartition du budget propre à chaque mesure
- Suivant un calendrier d'intégration de chaque mesure
 - D'abord actualisé et révisable
 - Puis actualisé et non révisable
 - Puis intégration dans les autres catégories, après évaluation et quand la mesure sera en vitesse de croisière

Le CFEH propose que cette dernière catégorie soit la seule à faire l'objet d'une révision.

c) 1^{er} juillet 2023 : introduction du nouveau BMF

Le passage au nouveau BMF se fera progressivement sur une période de 3 à 4 ans (25 % - 50 % - 75 % - 100 %). Des simulations pourront être mises à disposition des hôpitaux dès 2022 pour qu'ils puissent se préparer à ce changement important.

Nous prévoyons une injection, parallèlement à l'introduction du "new BMF", d'un montant pour corriger certains sous-financements (historiques) évidents. Cette injection permettra notamment de limiter les pertes individuelles suite aux nouvelles modalités de répartitions dans le "new BMF".