

# BUREAU DES DIRECTIONS DE DEPARTEMENTS INFIRMIERS : ACN - FNIB

Vendredi 14 octobre 2016

**La place de l'HOPITAL dans le RESEAU DE SOINS**

# PLAN

1. INTRODUCTION
2. LES PROJETS PILOTES
3. LES RESEAUX « AVANT » : intérêts et limites ?
4. LA REFORME DES HOPITAUX
5. INTERET POUR LES HOPITAUX ET LE PERSONNEL INFIRMIER

# INTRODUCTION

- Mise en réseau des hôpitaux
- Réseaux transmuraux de soins cliniques
- Structurer pour donner des soins adéquats
- **DES SOINS INTEGRES POUR UNE MEILLEURE SANTE**

# INTRODUCTION

**Plus d'efficacité et de qualité des soins. Il ne s'agit pas de faire des économies.**

Nous affectons intelligemment les moyens disponibles,  
Il s'agit d'une réforme, pas d'économies,  
Il n'y aura pas de perte d'emplois. Au contraire, les besoins de soins en augmentation créeront encore plus d'emplois dans le secteur des soins au cours des années à venir.

# INTRODUCTION

**L'hôpital est réinventé : à la mesure du patient d'aujourd'hui.**

L'hôpital devient un centre d'expertise médico-technologique où le diagnostic est posé pour le patient, et où le patient est traité. Il ne s'agit plus d'une simple « maison avec des lits »,

Nous développons des réseaux qui comprennent les hôpitaux, mais aussi des soins qui ont lieu en dehors des murs de l'hôpital (soins transmuraux),

# INTRODUCTION

## LES RESEAUX

- Différents hôpitaux : les **hôpitaux de base**, les **hôpitaux de référence** et les **hôpitaux universitaires**. Le patient occupe une place centrale dans les soins. Au sein d'un réseau, le patient bénéficie des meilleurs soins et des soins adaptés. Ces soins peuvent avoir lieu à l'hôpital, mais aussi à domicile ou dans un autre centre de soins,
- Certains groupes de pathologies sont concentrés au sein d'un réseau, et les hôpitaux passent des accords sur la répartition des tâches,
- La technologie onéreuse est attribuée au niveau du réseau,
- Les réseaux se développent de la base vers le sommet. Les autorités interviennent en cas de dysfonctionnement.

# INTRODUCTION

**Nouveau système de financement : des soins justifiés au patient & remboursés correctement.**

**Soins à faible variation** : il s'agit d'interventions devenues « standard » et pour lesquelles tous les hôpitaux facturent le même prix, presque à tout moment. Il y a peu de variation, voire aucune, entre les patients. Il existe un prix défini au préalable par admission de patient.

Exemples : opération de l'appendice, placement d'une prothèse de la hanche sans complications,

# INTRODUCTION

**Nouveau système de financement** : budget national fermé, réparti entre hôpitaux en fonction du nombre et de la nature des patients et de la lourdeur des soins.

**Soins à variation moyenne** : il s'agit de soins qui sont moins « standards » avec complications. Ils représenteront sans doute la plus grosse partie des soins hospitaliers.

Exemple : placer une prothèse de hanche chez un patient avec pathologies sous-jacentes : problèmes cardiaques, ...

# INTRODUCTION

**Nouveau système de financement** : budget national fermé, réparti entre hôpitaux en fonction du nombre et de la nature des patients et de la lourdeur des soins.

**Soins à forte variation** : pathologies avec degré d'imprévisibilité important. Le financement est davantage basé sur les soins (justifiés) réellement dispensés.

Exemple : l'ablation d'une tumeur difficilement accessible - Patient souffrant d'une maladie relativement simple, mais qui passe dans la catégorie « à forte variation » : âge, le diabète, des problèmes d'ordre cardiologique...

# INTRODUCTION

## La qualité des soins est récompensée.

Nous analysons les projets « Pay for performance » à l'étranger et nous nous inspirons des bonnes pratiques,

Nous commençons par réserver 1 à 2% du budget total de l'hôpital pour la qualité et nous procédons de manière progressive.

# INTRODUCTION

## Transparence dans le financement de missions spécifiques.

Les missions spécifiques dans l'hôpital comme les urgences, l'innovation ou, par exemple, les missions académiques des hôpitaux universitaires sont financées de manière transparente.

## Simplification des règles de financement, moins de charges d'enregistrement.

1 à 2% du budget total de l'hôpital est réservé pour la qualité

# INTRODUCTION

Les règles de financement sont simplifiées : **3** clusters de financement (variation faible moyenne ou forte). Différents flux de financement y sont intégrés systématiquement, par exemple les médicaments,

Les charges d'enregistrement sont réduites et les enregistrements sont rationalisés entre les services des différentes administrations fédérales et des entités fédérées : éviter que les données du patient soient enregistrées plusieurs fois inutilement, ou que plusieurs administrations enregistrent les mêmes données générales et établissent des registres superflus.

# INTRODUCTION

**Le médecin joue un rôle clé dans le fonctionnement de l'hôpital et sur l'honoraire complet.**

Transparence entre les deux parties de l'honoraire : on sait clairement à combien se monte les frais des praticiens professionnels (acte médical) et à combien se montent les frais de pratique (infrastructure, appareils...),  
Il est garanti que les médecins jouent un rôle clé sur l'affectation des moyens et la gestion médicale de l'hôpital (p.ex. choix de certains programmes de soins, de la spécialisation par l'hôpital, etc.),

# INTRODUCTION

**Conserver les points forts et éliminer les points faibles.**

**Points forts** : grande accessibilité - vaste offre de soins - grande proximité - pas de listes d'attente significatives - qualité élevée perçue - soins accessibles financièrement, forte implication des établissements et des prestataires de soins

**Points faibles** : sous-financement structurel des soins justifiés - complexité affectation efficiente des moyens très centré sur les prestations - soins de qualité non récompensés - fragmentation des soins et du financement.

# INTRODUCTION

## Procédure ciblée et progressive. Réforme participative

Evolution SANS révolution,

Plan pluriannuel > le cadre de la législature,

Mise en œuvre par **phases**, en paquets de travail permettant aux différentes parties de la réforme de rester gérables,

**Projets pilotes** sur base de propositions du secteur.

# INTRODUCTION

## Réforme participative : au niveau fédéral :

**TASKFORCE** : cohésion entre les 3 réformes : **financement - nomenclature - AR ° 78**

**CONCERTATION FINANCEMENT HOPITAUX** : Cellule stratégique de la Ministre de la Santé publique, + des Représentants des hôpitaux, des médecins et des mutualités,

**CONCERTATION BILATERALE** : avec d'autres intéressés : infirmiers, autres prestataires, associations coupole de patients, partenaires sociaux, financiers, assureurs, etc.

## **ORGANES CONSULTATIFS LOCAUX**

# INTRODUCTION

## Réforme participative : au niveau des entités fédérées

Via la Conférence interministérielle Santé publique.

Viser une déclaration commune.

# LES PROJETS PILOTES

## Des soins intégrés pour une meilleure santé

Hospitalisation à domicile : [www.integreo.be](http://www.integreo.be)

Nouveau mode de financement

Les maladies chroniques

Les techniques numériques : « **Mobile health** » - **Plan d'action e-santé 2015 – 2018**

**Sites web Spf & Inami**

# LES PROJETS PILOTES : 16

## WALLONIE

☐ Ottignies, Court-Saint-Étienne, Wavre, Genappe, Mont-Saint-Guibert

Développement et implémentation d'une politique de soins intégrés dans le Brabant Wallon centre, à partir de la prise en charge des patients souffrants de dépendance au sens large avec pathologies induites et/ou de comorbidités importantes.

☐ Liège, Seraing

Réseau Liégeois Intégré pour une Nouvelle Autonomie

☐ Dinant, Beauraing, Ciney, Rochefort, Yvoir, Hamois

Projet "Soins intégrés maladies chroniques – zone Dinant/Beauraing"

☐ Province de Luxembourg

Chronilux – Prise en charge globale des personnes présentant un syndrome métabolique et ses conséquences

☐ La Louvière, Morlanwelz, Binche

Dispositif interdisciplinaire de prise en charge des patients souffrant d'un handicap neurologique dans la région du Centre

# LES PROJETS PILOTE : 16

## FLANDRE

- ☐ Genk, As, Opglabbeek, Zutendaal : Iedereen Inclusief GAOZ
- ☐ Courtrai, Harelbeke, Kuurne, Wevelgem, Wervicq, Menin : De Brug – het vormen van een zorgketen van diagnostiek, behandeling en begeleiding en preventie, vroeg opsporen en zelfmanagement in samenwerking met alle zorgpartners waarbij de cliënt en zijn mantelzorgers centraal staan
- ☐ Hasselt-Zonhoven-Diepenbeek (HaZoDi) : Herkenrode Geïntegreerd zorgmodel – de kracht van verbinden
- ☐ Louvain, Heverlee, Wijgmaal, Kessel-Lo : ZorgZaam Leuven, een pilootregioproject chronisch zieken 2017 – ... met een focus op kwetsbare gezondheid door chronische aandoeningen

# LES RESEAUX « AVANT »

## FUSION, GROUPEMENT, ASSOCIATION, BASSIN DE SOINS

### FUSION : AR 31/5/89

Concentration des numéros d'agrément hospitaliers,  
Taille minimale à court terme: 150 lits, un seul pouvoir organisateur.  
Concentration sur un seul site, à terme  
Pas d'accompagnement financier, mais menace

- Financement unique (un seul numéro, un seul BMF)
- Un seul hôpital (juridique et administratif)

# LES RESEAUX « AVANT »

## GROUPEMENTS : AR 30/1/89 – 12/10/93

Pas de concentration des numéros d'agrément,  
Ne joue pas sur la taille minimale,  
Pouvoirs organisateurs restent distincts,  
Structures de « coordination » faibles,  
Obligation de fusionner dans les 10 ans (?),  
Pas d'accompagnement financier

- ➔ **Maintien des structures, pas de contraintes réelles**
- ➔ **Conçu comme phase transitoire afin de faciliter les fusions**

# LES RESEAUX « AVANT »

## ASSOCIATIONS : AR 25/04/1997

Mise en communs de services ou fonctions hospitalières,  
Maintien de pouvoirs organisateurs séparés,  
Structure commune peu claire : « coordination » générale, infirmière et médicale, « comité médical commun » (pouvoirs réels ?),  
Pas d'accompagnement financier – pas de clarté financière,  
Pas de perspective évolutive

# LES RESEAUX « AVANT »

## BASSINS DE SOINS : AR du 10/06/2006

Privilégier les regroupements hospitaliers dans un même « bassin de soins »,

Disposition financière générale : les effets pervers éventuels du financement seront neutralisés pendant trois ans,

Par ailleurs : loi commune : possibilité d'établir des conventions sans cadre légal particulier,

Toutes les modalités prévues dans la convention,

Seule contrainte: ne peut être contraire à la loi

# LES RESEAUX « AVANT »

## DOUBLE LEGISLATION : SOCIETE & LOI SUR LES HOPITAUX

### 1. LEGISLATION SUR LES SOCIETES

ASBL, coopératives, intercommunales, associations « chapitre XII »,  
Une seule entité juridique (AG, CA, CG, management),  
Un seul bilan, un seul compte de résultats,  
Un seul compte fournisseurs, une responsabilité commune envers les  
dettes financières, le personnel, les médecins,  
(Un seul règlement de travail, un seul Conseil d'Entreprise)

# LES RESEAUX « AVANT »

## DOUBLE LEGISLATION : SOCIETE & LOI SUR LES HOPITAUX

### 2. LA LOI SUR LES HOPITAUX

Numéros d'agrément hospitaliers,  
Chaque numéro doit respecter la loi sur les hôpitaux,  
Chaque numéro reçoit un budget des moyens financiers,  
Chaque numéro doit transmettre des données de fonctionnement  
(personnel, données de production, investissements,...)

# LES RESEAUX « AVANT »

## EFFETS FINANCIERS, le cas de la FUSION

Un seul numéro d'agrément,

- un seul BMF calculé comme si l'hôpital était unique,
- un seul forfait radio, bio, pharmacie,... (+ ou - ?),
- un seul forfait dialyse (+ ou - ?),

Pas de possibilité d'anticiper de nombreux calculs car données inaccessibles à l'hôpital

# LES RESEAUX « AVANT »

## EFFETS FINANCIERS, le cas de la FUSION

Nombreux effets pervers

- Financements forfaitaires « à l'hôpital » (B4) – calculable
- Fonctions d'appui (B1) – non calculable,
- Fonctions soignantes (B2) – non calculable,
- Amortissement matériel (A1) – non calculable,
- Financement prise en charge sociale (B8) – non calculable
- ...

# LES RESEAUX « AVANT »

## IMPACT SUR LA SS-partie B2 : les points complémentaires C+D

Hôpital n°1 : 142 lits justifiés C+D,

La somme des actes de nomenclatures "classants" = 2.020.000 euros pour 45.000 journées C+D réalisées,

→ 44,89 € / journée

→ Décile 9 (info SPF....)

→ 0.27 points par lit

→  $0.27 \times 142$  lits = 38,34 points,

→ **+ 950.000 €**

# LES RESEAUX « AVANT »

## IMPACT SUR LA SS-partie B2 : les points complémentaires C+D

Hôpital n°2 : 142 lits justifiés C+D

La somme des actes de nomenclatures "classants" = 1.010.000 euros pour 45.000 journées C+D réalisées

- 22,45 € / journée
- Décile 1 (info SPF....)
- 0 points par lit
- + 0 €....

# LES RESEAUX « AVANT »

## CONCLUSION

Cadre législatif peu clair, peu intégré,

Financement

Pas sécurisé

Pas anticipable

Pas incitatif

La volonté politique de favoriser les coopérations ne s'est pas traduite par l'adaptation d'un cadre de financement incitatif indispensable

# LES RESEAUX « AVANT »

## IMPACT SUR LA SS-partie B2 : les points complémentaires C+D

Hôpital n°1 + n° 2 : 284 lits justifiés C+D

La somme des actes de nomenclatures "classants" = 3.030.000 euros pour 90.000 journées C+D réalisées,

→ 33,66 € / journée

→ Décile 4 (info SPF....)

→ 0,02 points par lit

→ →  $0.02 \times 284 \text{ lits} = 5,68 \text{ points}$

→ **+ 142.000 €...**

# LES RESEAUX « AVANT »

## CONCLUSION

Cadre législatif peu clair, peu intégré,

Financement :

- Pas sécurisé
- Pas anticipable
- Pas incitatif

La volonté politique de favoriser les coopérations ne s'est pas traduite par l'adaptation d'un cadre de financement incitatif indispensable.

# INTERET HOPITAUX & DPT INFIRMIER

## Nord & Sud

- Densité de population
- Taille des hôpitaux & Concentrations
- Moyens
- Recherche et développement : Nord-Sud
- Le Réseau et la spécialisation des hôpitaux
- Mode de financement et Santé publique
- Les normes en personnel de soins
- Organisation des soins – équipe pluridisciplinaire - enregistrements
- Les garanties de l'Enseignement

# CONCLUSION

**ALLONS-Y : prenons le « bon » train en « bonne » marche**

**ON l'espère : dans la bonne direction**

**En CONCERTATION**

**DES GARANTIES**

**SOUS-FINANCEMENT STRUCTUREL.**

# CONCLUSION

