



santhea

RAPPORT ANNUEL

2017



santhea

RAPPORT ANNUEL

2017



SOMMAIRE

5 Présentation de santhea

6 Introduction

8 Faits et chiffres

27 Regards sur l'actualité

28 La PAQS : un programme pluriannuel innovant et ambitieux !

31 Services d'urgence hospitaliers et postes de garde de médecine générale

35 Maîtrise de l'offre en radiothérapie : perspectives d'ici 2025

38 Règlement Général sur la Protection des Données :
décryptage et impact sur les institutions de soins

42 L'IF-IC : une nouvelle classification de fonctions, un nouveau modèle salarial

47 Quelques thèmes abordés en 2017

85 Informations pratiques

86 Liste des membres

94 Liste des membres du Conseil d'administration

96 Liste des collaborateurs

99 Quelles valeurs et missions pour santhea?

santhea





PARTIE 1

Présentation de santhea

- 6 Introduction
- 8 Faits et chiffres : secteur des hôpitaux
- 16 Faits et chiffres : secteur de la santé mentale
- 19 Faits et chiffres : secteur des établissements pour âgés

santhea



Introduction



Marie-Claire Lambert
PRÉSIDENTE DE SANTEA

Lors de son entrée en fonction en 2014, la Ministre De Block avait formulé, dans sa note de politique générale, un plan d'avenir ambitieux pour les hôpitaux belges. Ont ainsi été annoncés le regroupement d'hôpitaux en réseaux, une réforme du financement hospitalier et une révision de la nomenclature. Le secteur des soins de santé avait plutôt bien accueilli ces plans. En effet ces dernières années est apparu un large consensus pour des réformes profondes afin de maintenir des soins de grande qualité, accessibles et payables.

Nous sommes aujourd'hui plus de trois ans plus tard. Jusqu'à présent, les hôpitaux n'ont pas vu beaucoup de réalisations concrètes de ces ambitieux plans de réformes. Le sous-financement structurel du secteur hospitalier, combiné aux récentes nouvelles économies drastiques qui leur sont imposées, ont amené de nombreux hôpitaux dans une situation financière précaire qui met en danger l'activité d'un hôpital belge sur trois, comme le souligne le rapport réalisé chaque année par Belfius sur la santé du secteur des hôpitaux.

Tout gestionnaire hospitalier en Belgique sait que des changements inévitables s'annoncent à court terme. Les hôpitaux belges sont tout à fait prêts à s'engager dans une réforme mais ils demandent depuis nombre d'années une réforme prenant en compte la réalité hospitalière et les évolutions des besoins en soins. Cependant, les années passant, nous n'avons assisté qu'à des mesures emportant des réductions - voire même des suppressions - de financements essentiels au fonctionnement même des hôpitaux. En 3 ans, c'est quelque 500 millions € d'économies qui ont été imposées aux hôpitaux.

Il n'est fait recours, pour traiter le mal des hôpitaux, qu'à des remèdes inappropriés, déconnectés des réalités de terrain tout en faisant montre d'une partialité dans ces décisions et propositions. Dans nombre de dossiers en effet, une logique uniforme est suggérée, sans prise en compte aucune des réalités différentes de terrain. Or, pour organiser l'offre de soins, on ne peut faire fi des contraintes géographiques et des facteurs socio-économiques. L'accès aux soins pour tous mérite une prise en compte des spécificités régionales. A titre d'exemple, citons les différences de densité de population entre le Luxembourg et la Province d'Anvers. Ne devraient-elles pas être prises en compte lorsqu'on impose aux hôpitaux de former des réseaux ou autres groupements hospitaliers ?

Les économies imposées vont également affecter les travailleurs des soins de santé, dont les conditions de travail vont inévitablement se détériorer. En outre, aujourd'hui, beaucoup craignent - légitimement - de perdre leur emploi. Pour donner un ordre de grandeur, les 500 millions € d'économies réalisées dans les hôpitaux de 2015 à 2017 représentent plus de 8.000 emplois à temps plein. Bien sûr, ces économies impactent l'ensemble de l'activité hospitalière et pas spécifiquement le financement des emplois, mais il n'empêche que depuis les dernières mesures

d'économie, l'heure des premiers licenciements de personnel hospitalier pour raisons budgétaires a sonné : des hôpitaux licencient déjà, d'autres se préparent à devoir le faire.

Les patients ne sont pas touchés par les mesures, entend-on clamer. Mais qui leurre-t-on encore ? Car comment les hôpitaux pourraient-ils, dans ces conditions, continuer à offrir des soins qui soient à la fois de qualité, à la pointe de la technologie et des avancées médicales, et financièrement accessibles à tous les citoyens ?

Comment, par exemple, éviter que la réduction du personnel soignant et des investissements technologiques ne résulte en un allongement des délais de rendez-vous ? Et quelle autre solution les hôpitaux auront-ils, pour subsister, que celle d'augmenter la contribution financière des patients ?

Il faut accompagner le changement avec des incitants et non le forcer à coups de sanctions financières.

Il nous semble par ailleurs essentiel de baser la mise en réseau des hôpitaux sur ce qui existe déjà et sur les collaborations qui fonctionnent depuis parfois plus de 40 ans. L'idée de créer des réseaux basés essentiellement sur une notion de territoire géographique ne constitue pas en soi une garantie de qualité, d'efficacité ou de pérennité :

- Elle ne permet pas de maintenir ces collaborations existantes ;
- Elle ne permet pas de maintenir la liberté de choix du patient ;
- Elle ne permet pas de garantir les principes éthiques et philosophiques rappelés ci-dessus ;
- Elle instaure une médecine à deux vitesses en permettant à ceux qui en ont les moyens de se faire soigner en dehors de leur zone de soins de résidence.

Il faut pouvoir concilier à la fois une conception géographique des réseaux et le respect de ces impératifs. Santhea plaide donc pour une approche équilibrée des réseaux en tenant compte de l'ensemble des contraintes (et en y associant la santé mentale et la première ligne) et non de la seule approche territoriale. La liberté de choix thérapeutique et la liberté de choix du patient doivent pouvoir être garanties.

Les expériences menées, même internationalement, de fusion ou de constitution de groupements montrent que la clé du succès est essentiellement due à la confiance et à la compatibilité des cultures d'entreprises.

Santhea prône donc la concrétisation de réseaux sur base des collaborations existantes plutôt que sur une base purement géographique. Ceci amène bien entendu à la superposition de plusieurs réseaux sur des zones territoriales déterminées.

Ces réseaux devraient être pilotés par des structures souples et en aucun cas l'imposition d'une structure juridique formalisée ne doit devenir la règle. La collaboration entre hôpitaux publics et hôpitaux privés doit être rendue possible, or les textes juridiques actuels ne permettent pas cette collaboration. Santhea prône donc la définition d'un nouveau statut sui generis des hôpitaux wallons. Santhea rappelle aussi qu'à Bruxelles, un réseau a été créé par ordonnance régionale depuis 1996. Celui-ci est géré par une structure faîtière dénommée Iris qui détermine la stratégie commune du réseau, coordonne et harmonise les politiques de tous les hôpitaux publics bruxellois et contrôle leurs finances. La réforme du paysage hospitalier doit permettre qu'il persiste sous la forme juridique voulue par les autorités régionales bruxelloises.



Secteur des hôpitaux

SANTHEA REPRÉSENTE :

38
hôpitaux

31
hôpitaux
généraux

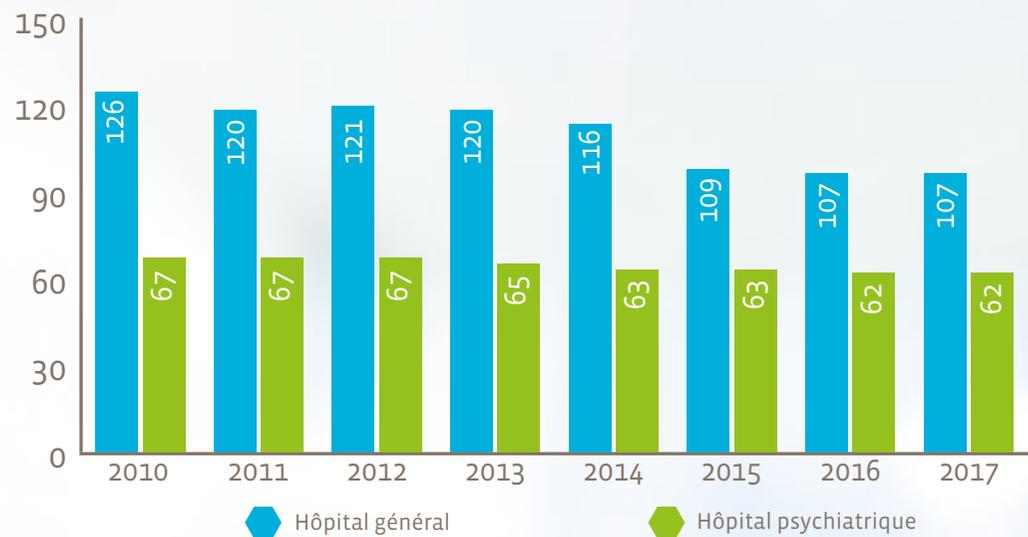
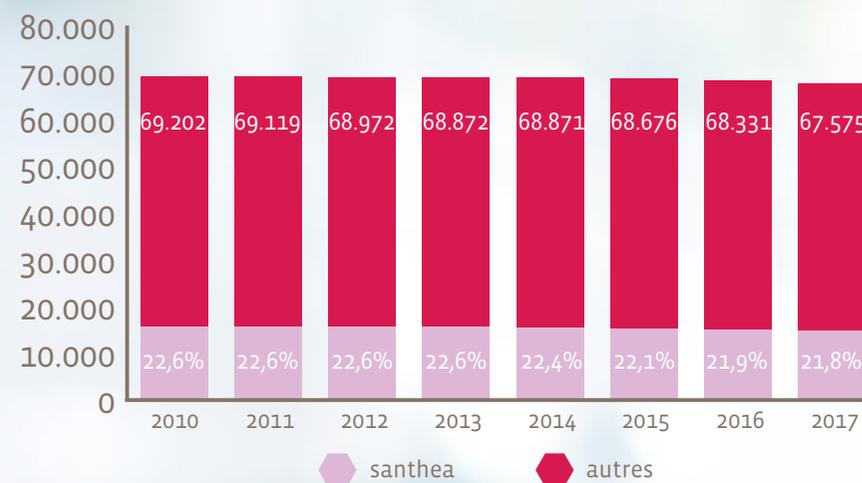
7
hôpitaux
psychiatriques

14.700
lits agréés

+700.000
admissions

Environ
50.000
travailleurs

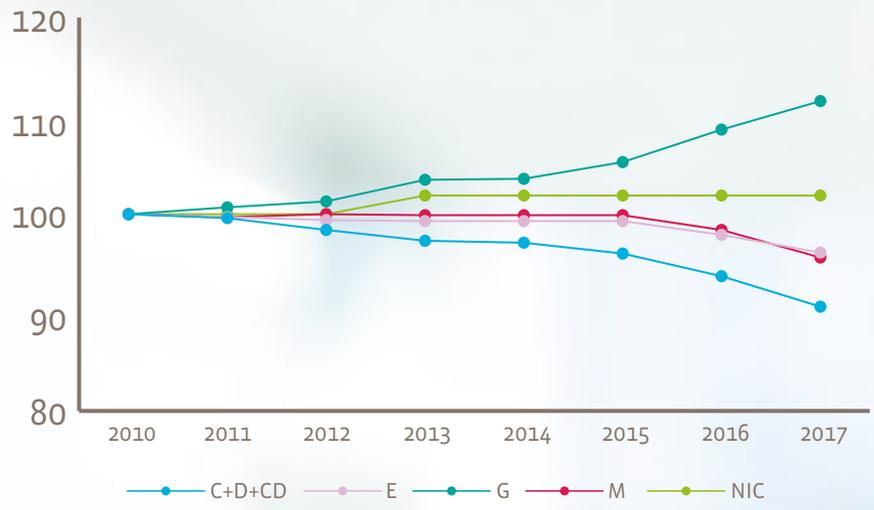
EVOLUTION DU NOMBRE D'HÔPITAUX* EN BELGIQUE, PAR TYPE

EVOLUTION DU NOMBRE DE LITS AGRÉÉS EN BELGIQUE
(+ PART DE SANTEA DANS LE TOTAL)

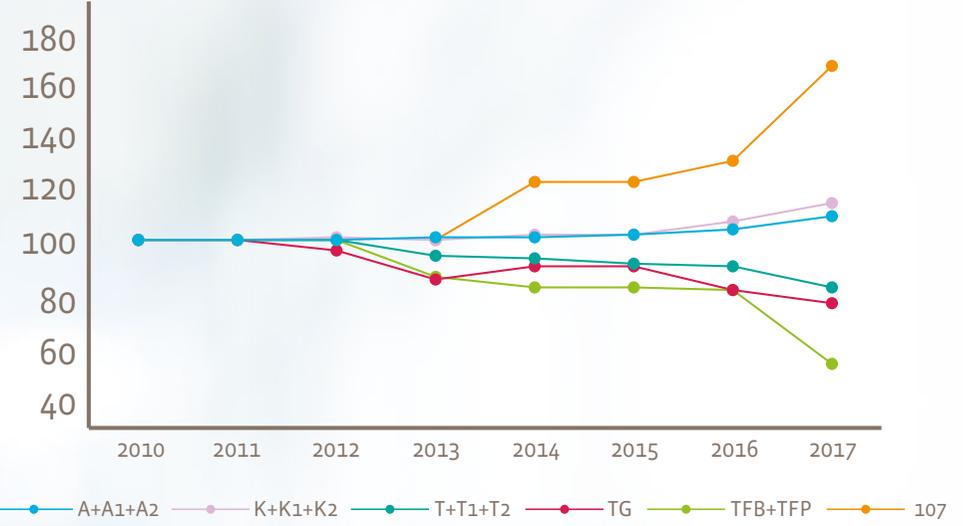
* Nous n'avons pas tenu compte des 8 « ex-hôpitaux » spécialisés et gériatriques flamands transférés à la Région flamande. L'intitulé « Hôpital général » reprend donc principalement les hôpitaux aigus.

EVOLUTION DU NOMBRE DE LITS AGRÉÉS PAR INDICE DE LIT AU NIVEAU NATIONAL (BASE 100=2010)

Lits aigus



Lits psychiatriques (hôpitaux généraux et psychiatriques)

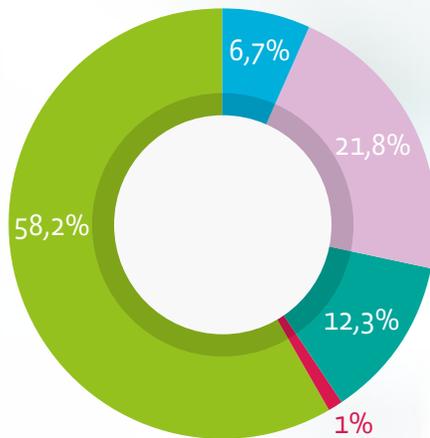


Lits Sp



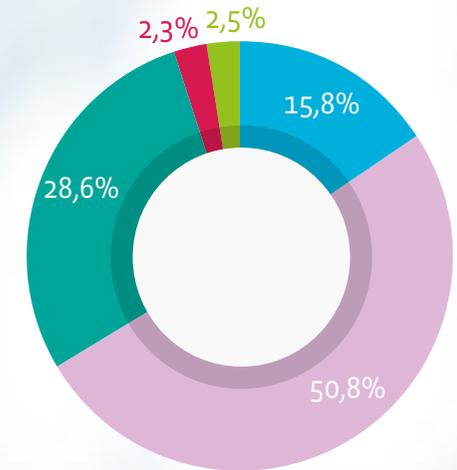
RÉPARTITION DU NOMBRE DE LITS AGRÉÉS 2017 PAR FÉDÉRATION*

Au niveau national

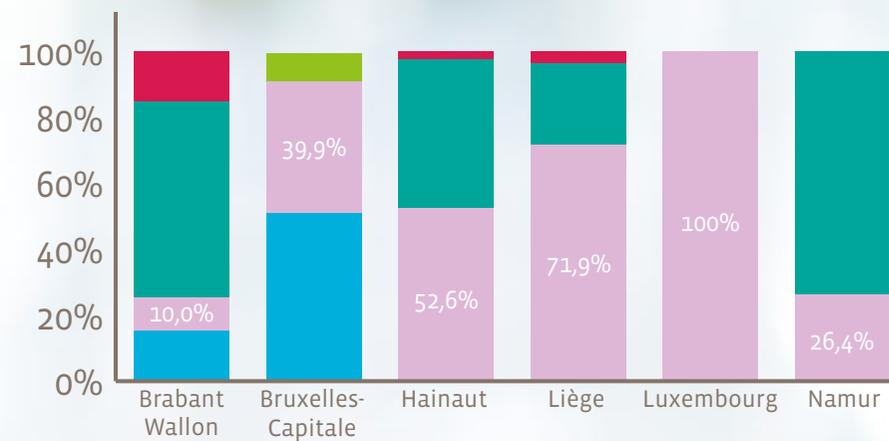


GIBBIS Santhea UNESSA Wallcura Zorgnet-Icuro

Au niveau des régions bruxelloise et wallonne

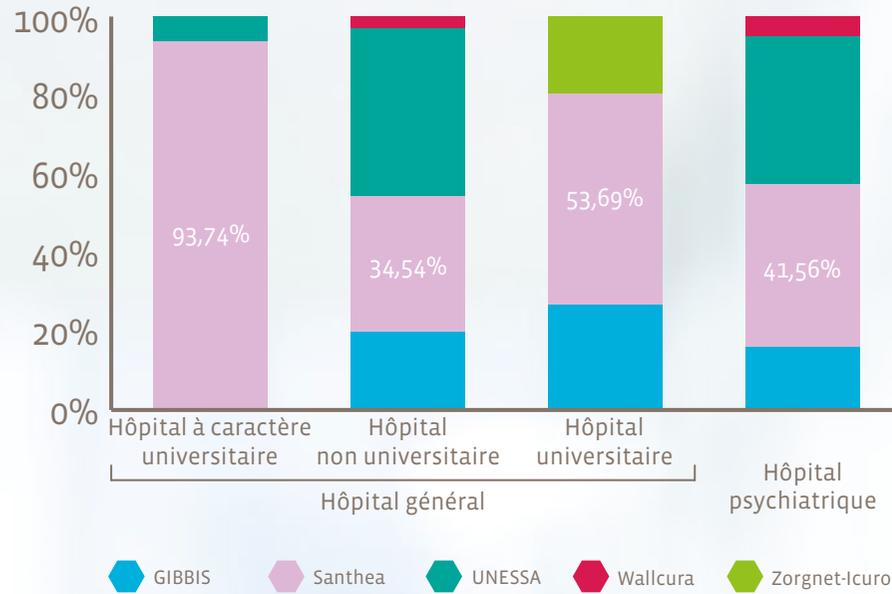


Par province (Wallonie + Bruxelles)

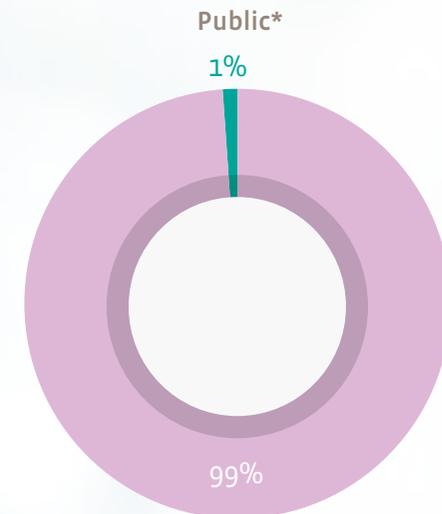
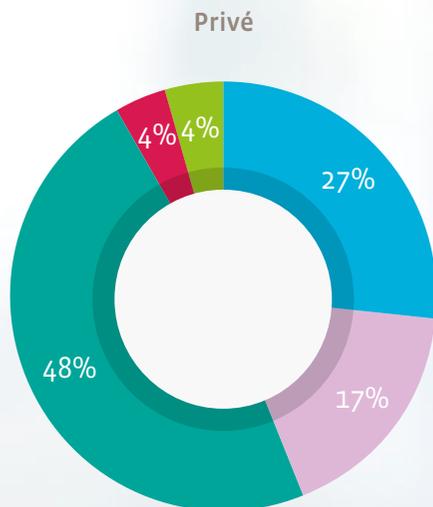


* Lorsqu'il y a référence à la ventilation « fédération », les lits des institutions ayant une double affiliation sont divisés par deux.

Par type d'hôpital (Wallonie + Bruxelles)



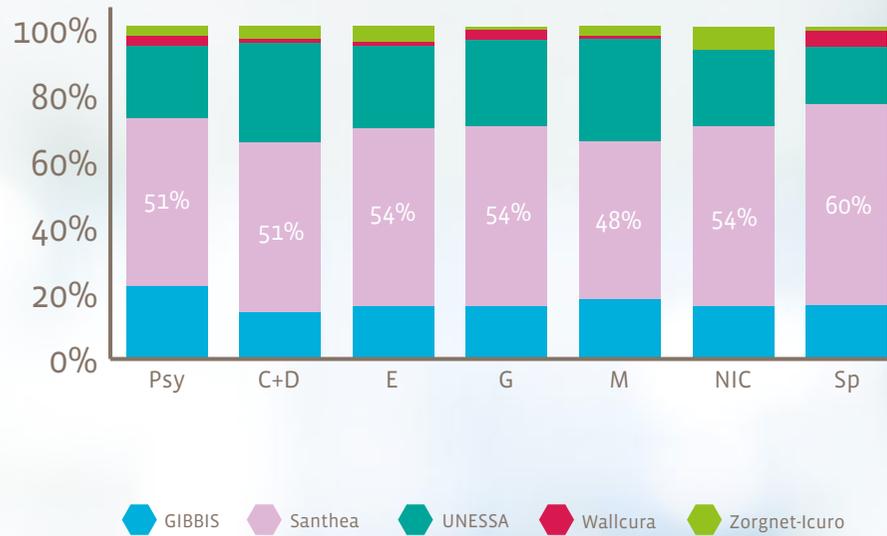
Par statut (Wallonie + Bruxelles)



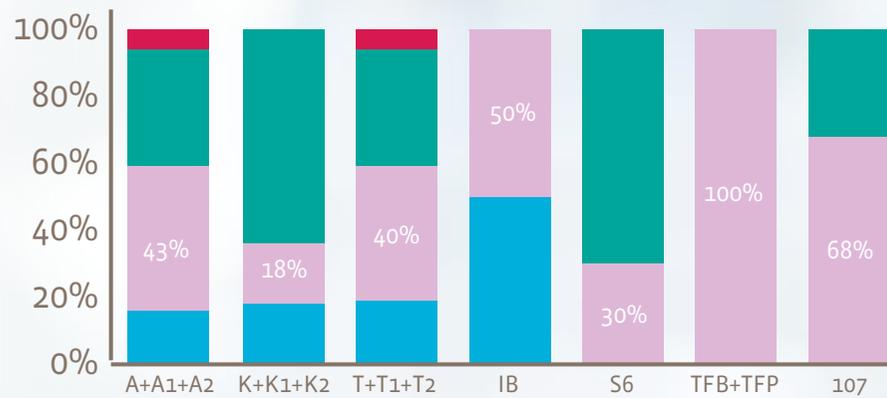
* Le 1% de lits agréés publics comptabilisé pour UNESSA s'explique par la double affiliation du CHR Haute.

Par indice de lit (Wallonie + Bruxelles)

Hôpitaux généraux

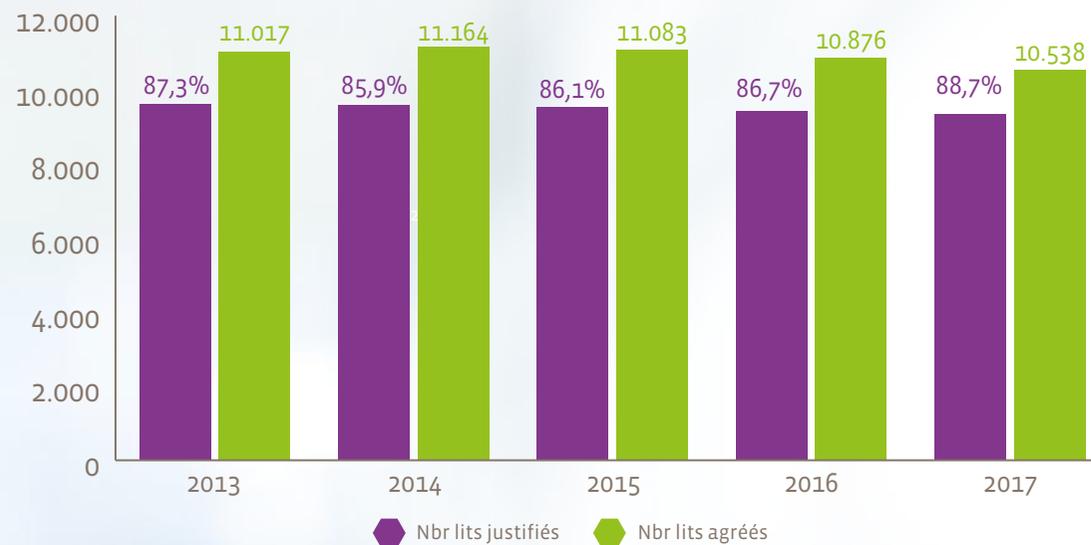


Hôpitaux psychiatriques

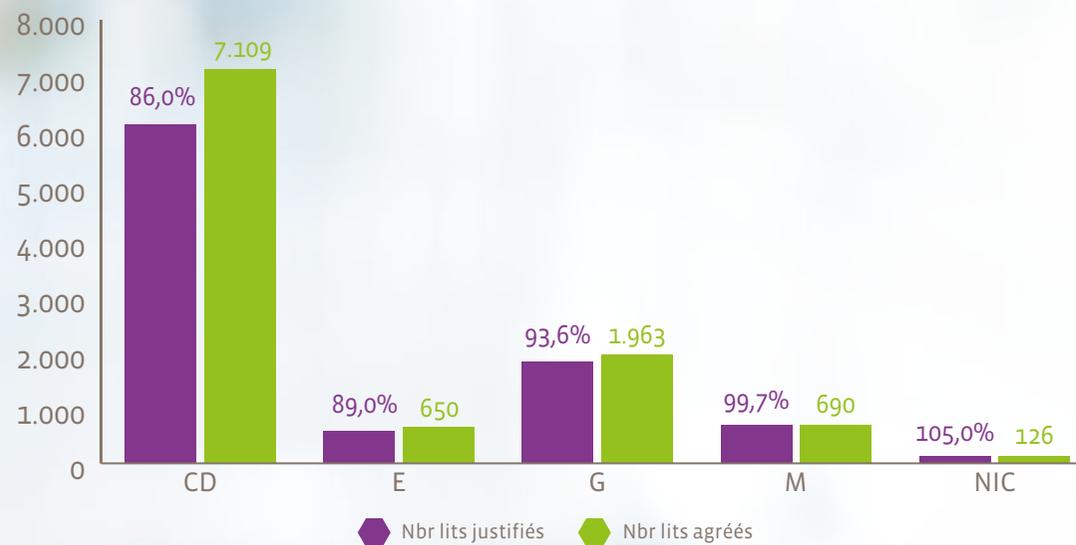


COMPARAISON DES LITS AGRÉÉS ET JUSTIFIÉS

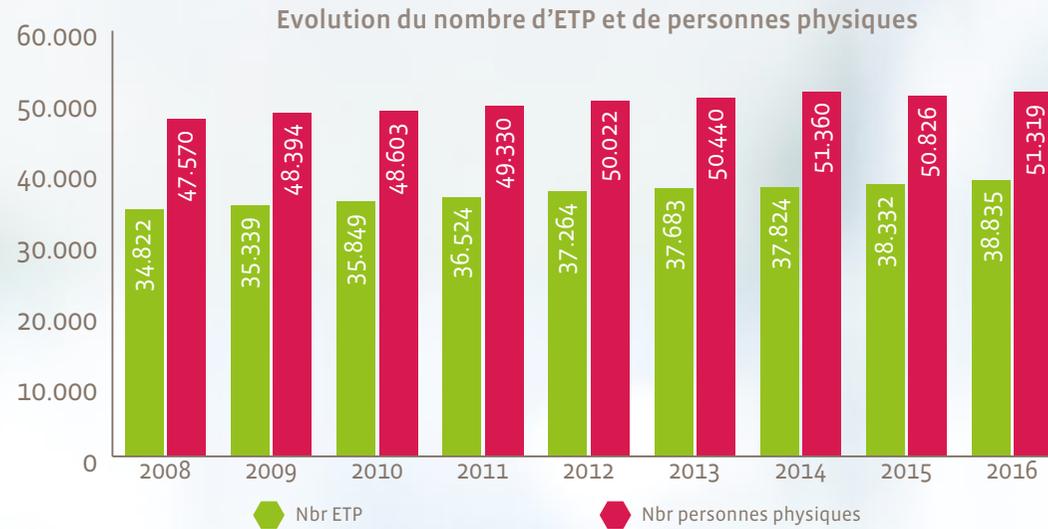
Evolution du nombre de lits agréés et justifiés (index CD, G, E, M et NIC) pour les hôpitaux aigus de santhea*



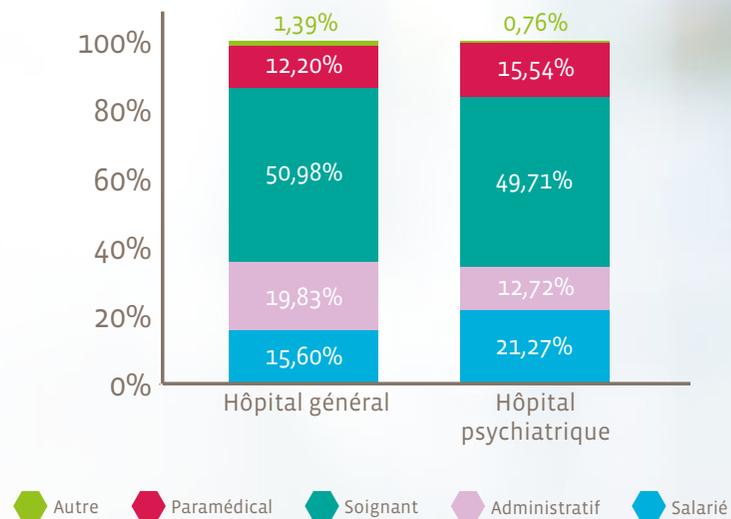
Différence entre les lits justifiés et agréés 2017, par index de lit, pour les hôpitaux aigus de santhea



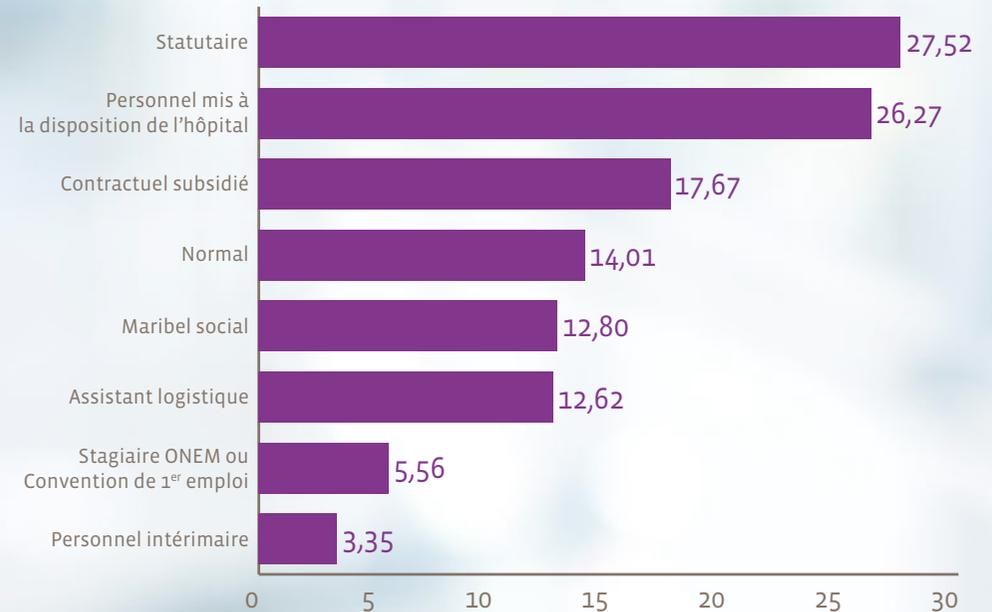
LE PERSONNEL SALARIÉ DANS LES HÔPITAUX SANTHEA



Répartition du nombre d'ETP par catégorie de personnel* en 2016, par type d'hôpital



Evaluation de l'ancienneté pécuniaire moyenne en 2016, par type de personnel



* La catégorie de personnel « Médical » est retirée du graphique étant donné qu'elle n'est renseignée que par les hôpitaux qui ont des médecins salariés.

Secteur de la santé mentale

SANTHEA REPRÉSENTE :

35 institutions

(IHP, MSP, établissement de rééducation fonctionnelle/ convention INAMI,...)

Dont 9 services de santé mentale

Dont 11 centres résidentiels de rééducation pour les troubles mentaux adultes, les maladies pédiatriques chroniques et les toxicomanes, avec 314 places

Et 3 maisons d'accueil socio-sanitaires pour toxicomanes

206 lits agréés en IHP

268 lits agréés en MSP

Environ 700 ETP

190 dans les IHP/MSP

+ de 500 dans les établissements de rééducation fonctionnelle

PRÉSENTATION DU SECTEUR EN QUELQUES CHIFFRES

Secteur des MSP :

	Nbr de lits agréés 2017	Nbr d'institutions 2017
Bruxelles-capitale	229	3
<i>en %</i>	<i>7,8%</i>	<i>7,5%</i>
Flandre	1.896	23
<i>en %</i>	<i>64,4%</i>	<i>57,5%</i>
Wallonie	818	14
<i>en %</i>	<i>27,8%</i>	<i>35,0%</i>
TOTAL	2.943	40

Secteur des IHP :

	Nbr de lits agréés 2017	Nbr d'institutions 2017
Bruxelles-capitale	523	17
<i>en %</i>	<i>12,4%</i>	<i>19,5%</i>
Flandre	2.889	43
<i>en %</i>	<i>68,6%</i>	<i>49,4%</i>
Wallonie	798	27
<i>en %</i>	<i>19,0%</i>	<i>31,0%</i>
TOTAL	4.210	87

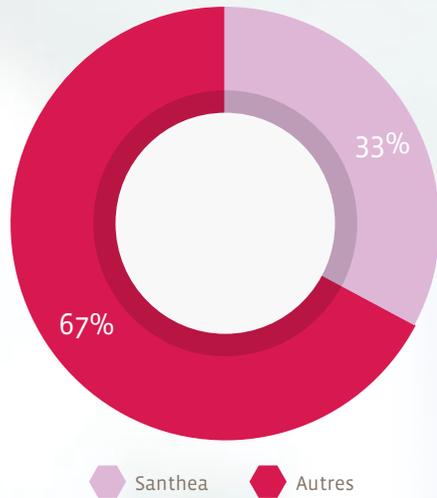
Secteur des établissements de rééducation fonctionnelle* :

Nbr d'institutions 2017	Troubles mentaux adultes (772)	Toxicomanie (773)	Maladies pédiatriques chroniques (7766)
Bruxelles-capitale	8	6	0
<i>en %</i>	<i>22,9%</i>	<i>20,0%</i>	<i>0,0%</i>
Flandre	13	13	1
<i>en %</i>	<i>37,%</i>	<i>43,3%</i>	<i>50,0%</i>
Wallonie	14	11	1
<i>en %</i>	<i>40,0%</i>	<i>36,7%</i>	<i>50,0%</i>
TOTAL	35	30	2

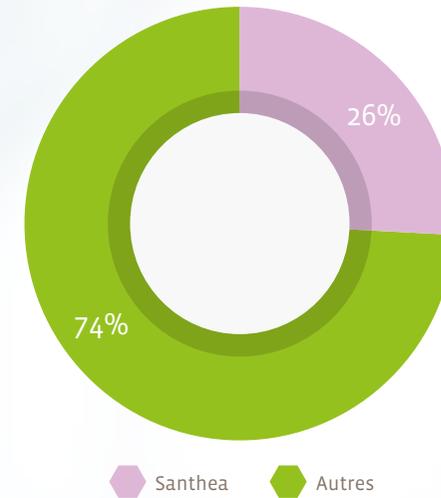
* Seuls les types de convention qui concernent santhea sont repris dans cette partie.

REPRÉSENTATIVITÉ DE SANTHEA DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE

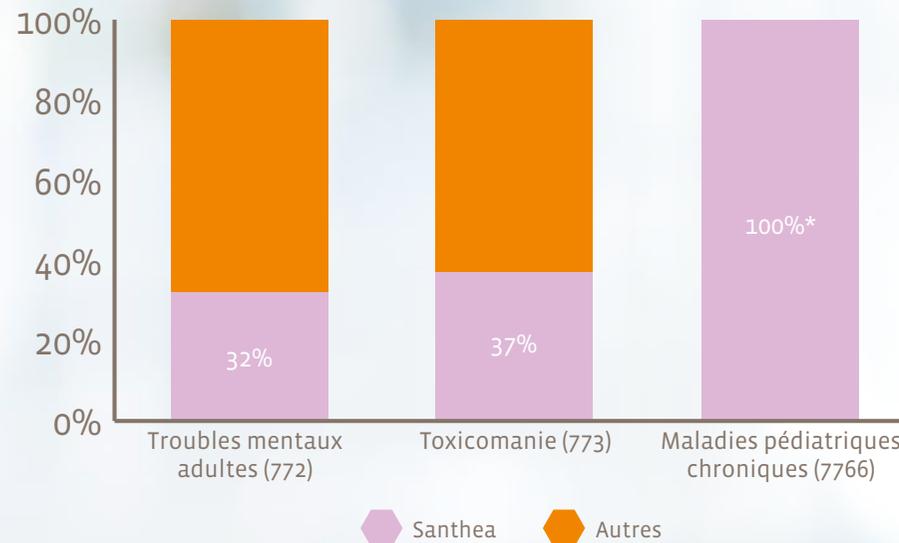
Part de santhea dans le nombre total de lits agréés **MSP** en 2017 (Wallonie)



Part de santhea dans le nombre total de lits agréés **IHP** en 2017 (Wallonie)



Part de santhea dans le nombre d'établissements de rééducation fonctionnelle en 2017, par type de convention (Wallonie + Bruxelles)



* Au niveau des maladies pédiatriques chroniques, il n'existe que deux établissements dans le pays (Clairs Vallons et un autre en Flandre Orientale).

Secteur des établissements pour âgés

SANTHEA REPRÉSENTE :



PRÉSENTATION DU SECTEUR DES MR-MRS

Nombre de maisons de repos par entité

	2014	2015	2016	2017	2018
Région de Bruxelles-capitale	151	150	144	148	144
Région wallonne	606	589	573	563	560
Communauté germanophone	8	8	8	8	8
Communauté flamande	772	780	776	769	781
TOTAL	1.537	1.527	1.501	1.488	1.493
Santhea	57	58	63	66	69

Nombre de lits en MR/MRS par entité

	2014	2015	2016	2017	2018
Région de Bruxelles-capitale	15.045	15.215	15.330	15.785	15.704
Région wallonne	48.170	48.423	48.537	49.049	49.345
Communauté germanophone	742	751	751	751	751
Communauté flamande	73.208	75.599	78.140	80.517	82.460
TOTAL	137.165	139.988	142.758	146.102	148.260
Santhea	5.611	5.714	6.245	6.965	7.342

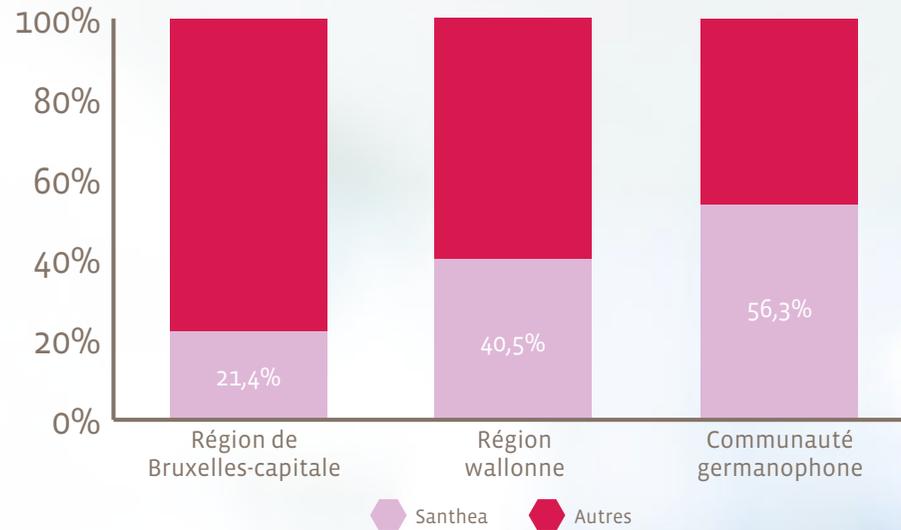
Nombre d'ETP présents (dans le troisième volet) en MR/MRS* par entité

	2014	2015	2016	2017	2018
Région de Bruxelles-capitale	4.381	4.414	4.538	4.633	4.690
Région wallonne	15.579	15.622	15.968	16.257	16.595
Communauté germanophone	278	285	290	295	304
Communauté flamande	29.078	29.429	30.180	31.649	32.339
TOTAL	49.316	49.749	50.977	52.833	53.929
Santhea	2.136	2.155	2.409	2.600	2.792

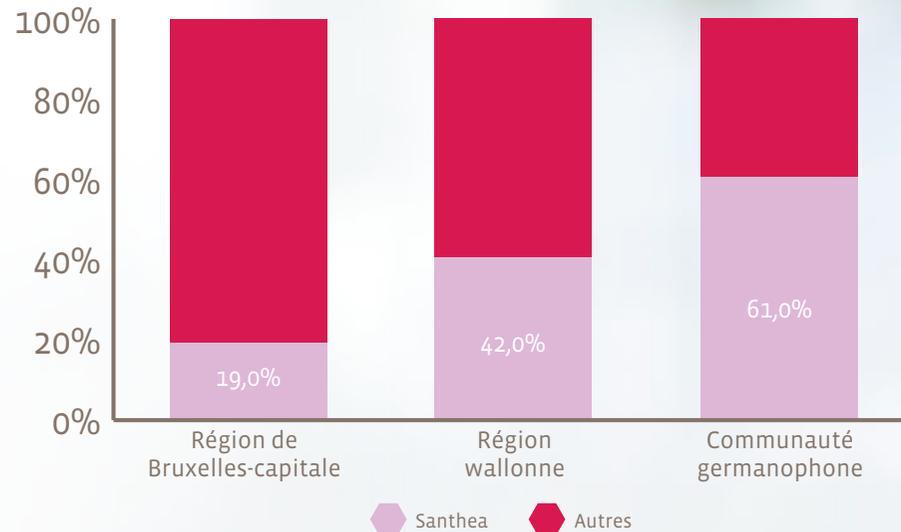
* Le personnel travaillant en centre de soins de jour est inclus lorsque la structure dépend directement d'une maison de repos.

REPRÉSENTATIVITÉ DE SANTHEA AU SEIN DES MR-MRS

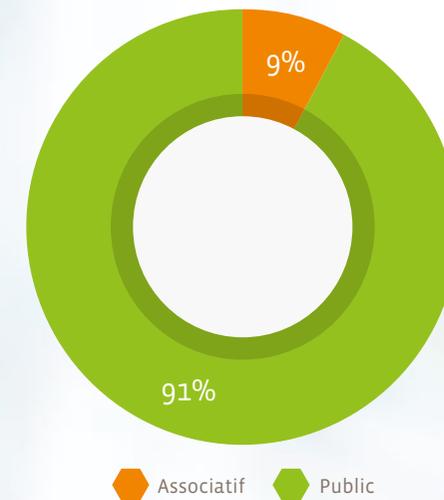
Part de santhea dans le nombre total des lits agréés 2017 des MR-MRS publiques, par entité



Part de santhea dans le nombre total d'ETP soignants présents dans les MR-MRS publiques (forfait 2018*), par entité



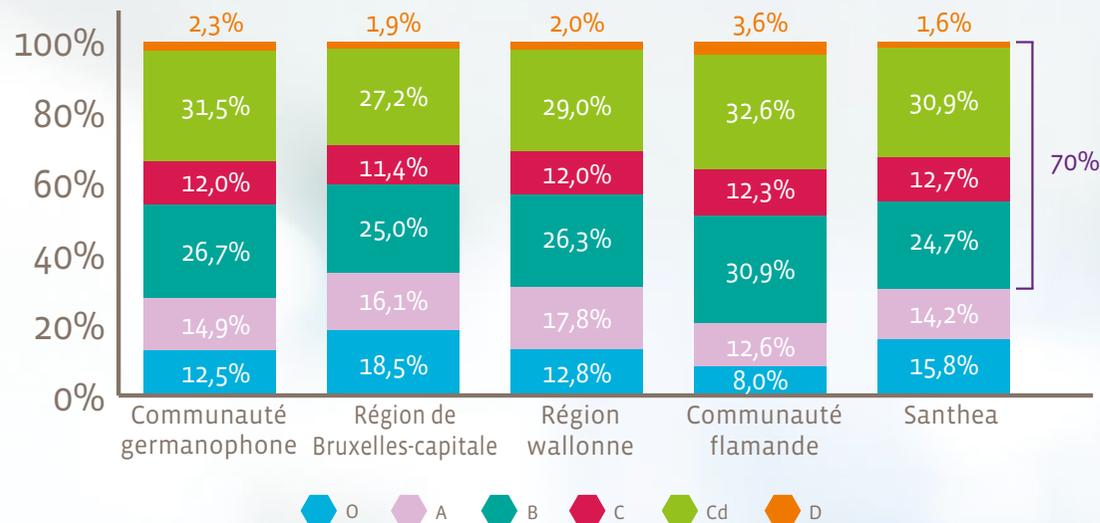
Ventilation des lits agréés santhea 2017 par statut



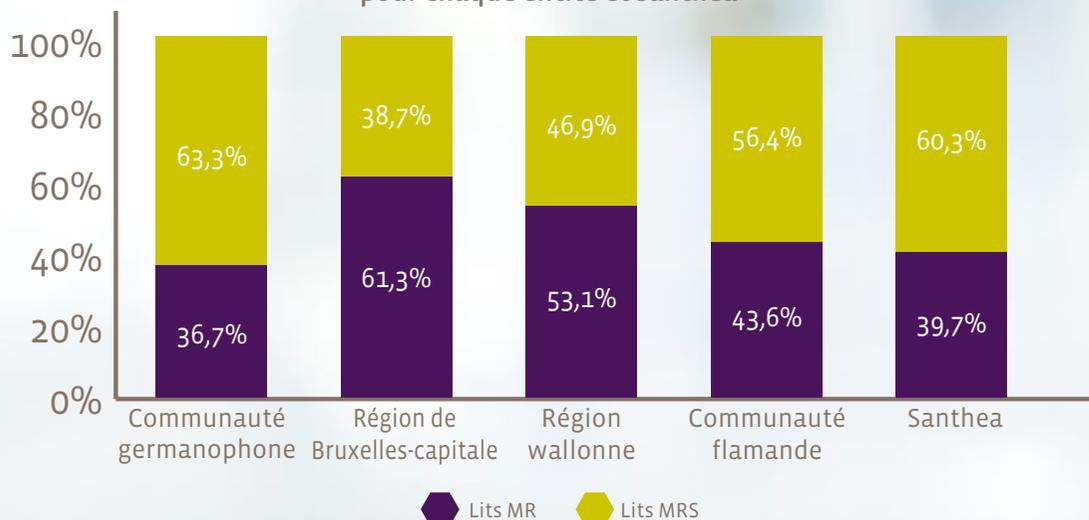
* Lorsqu'il est fait référence au forfait 2018, il s'agit en fait de statistiques valables sur la période juillet 2016 – juin 2017.

COMPARAISON DE QUELQUES CARACTÉRISTIQUES

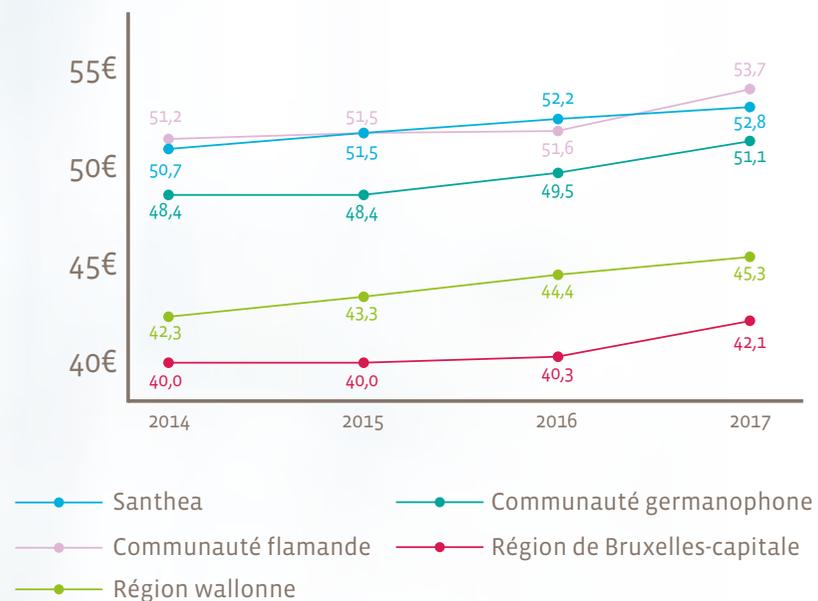
Ventilation des journées facturées en MR-MRS par profil de dépendance* (forfait 2018), pour chaque entité et santhea



Ventilation des lits agréés 2017 par type de lit (MR ou MRS), pour chaque entité et santhea

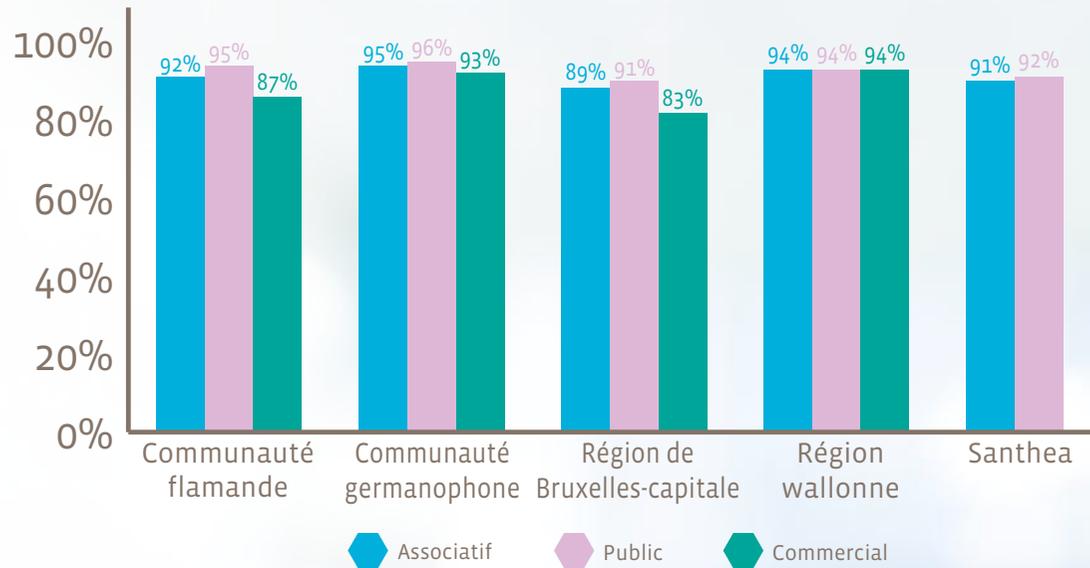


Evolution du forfait moyen pour chaque entité et santhea (valable au 1^{er} janvier de chaque année)

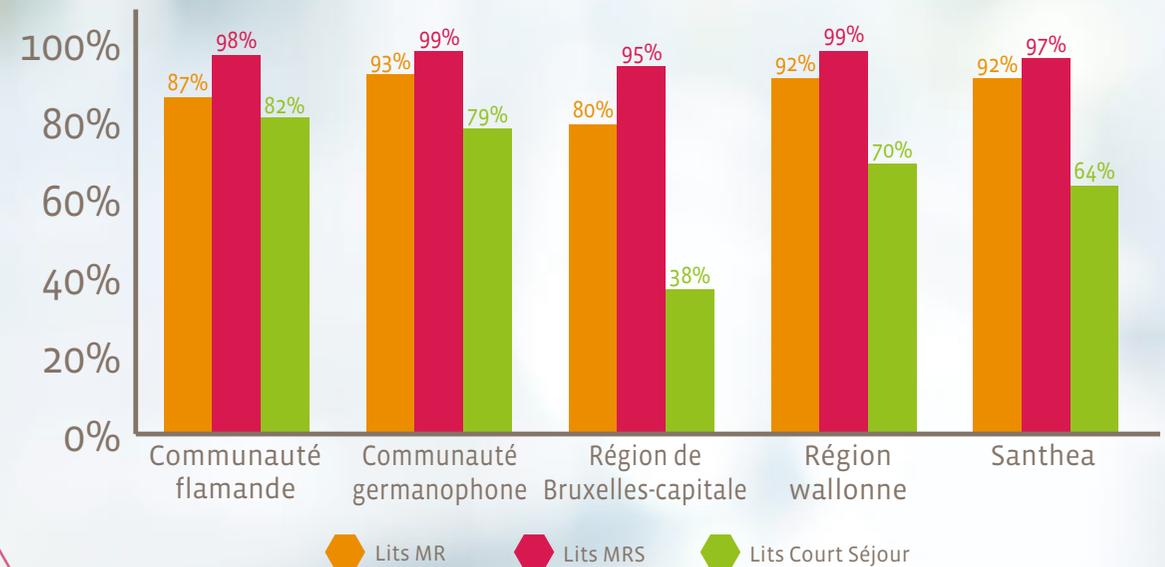


* Le profil de dépendance Cc (Coma) n'est pas représenté parce qu'il est associé à seulement 0,1% des journées facturées au niveau national.

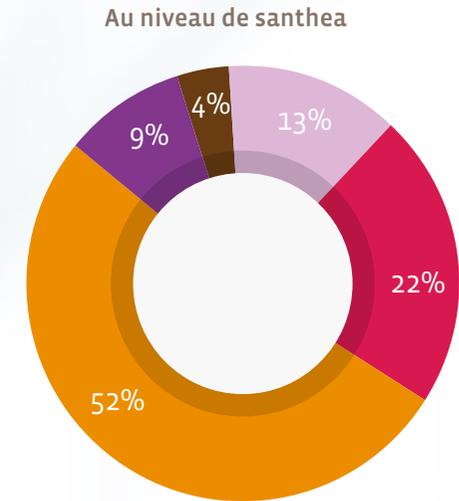
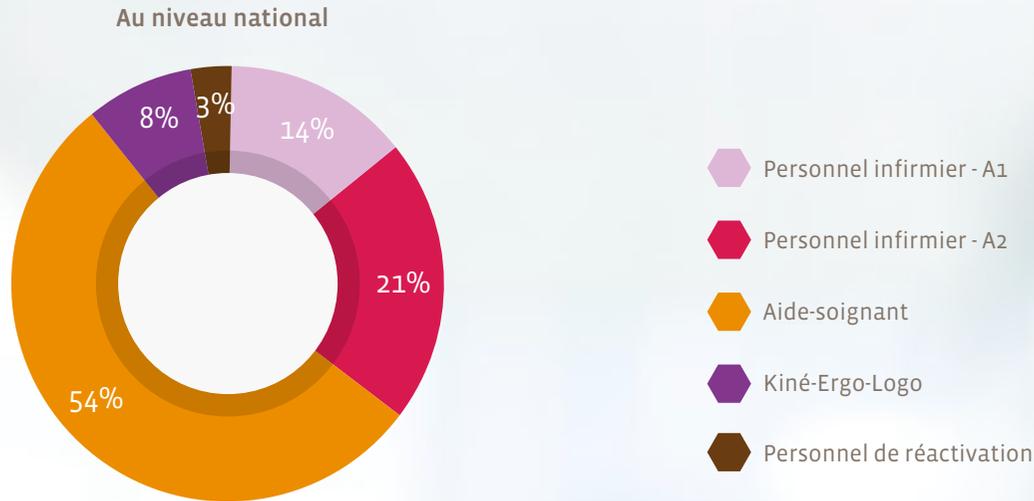
Evaluation des taux d'occupation en MR-MRS par statut (forfait 2018),
pour chaque entité et santhea



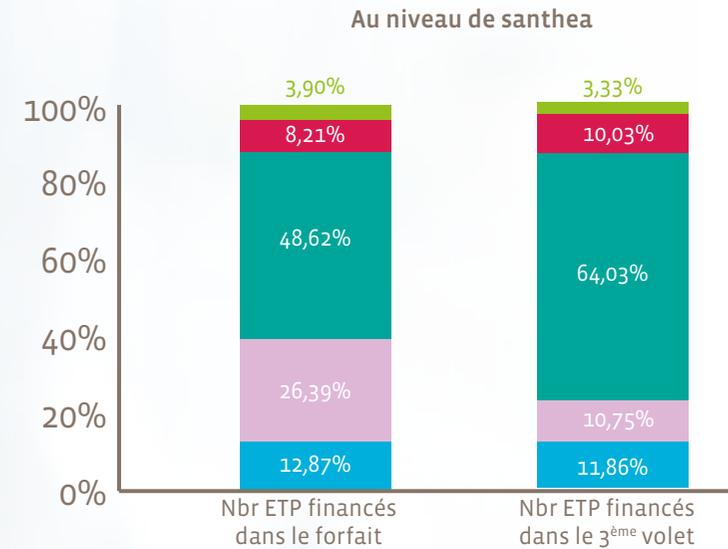
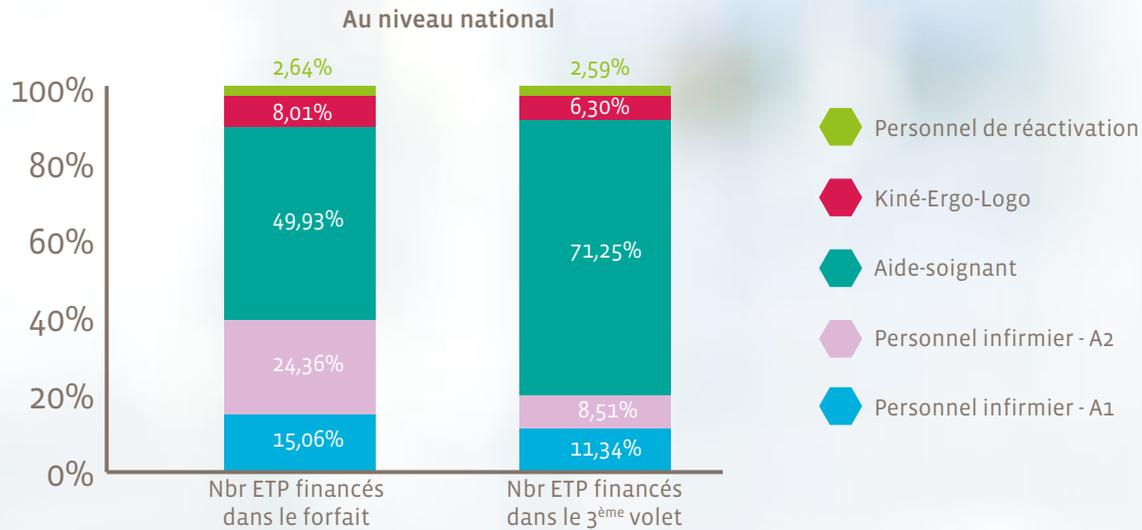
Evaluation des taux d'occupation en MR-MRS par type de lit (forfait 2018),
pour chaque entité et santhea



Ventilation du nombre d'ETP soignants présents* dans les MR-MRS, par qualification (forfait 2018)

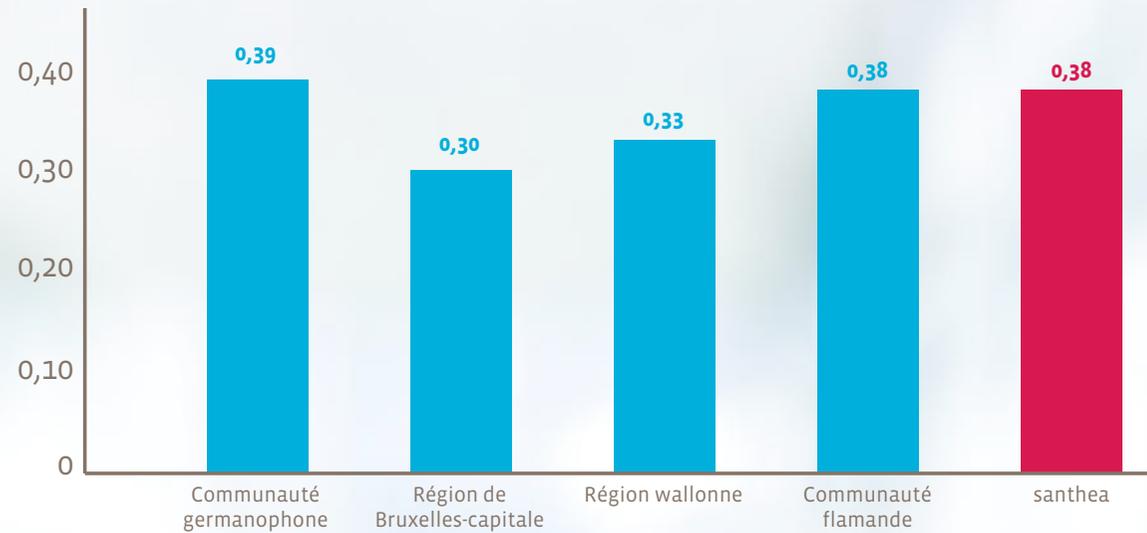


Ventilation du nombre d'ETP soignants financés dans les MR-MRS, par financement et par qualification (forfait 2018)

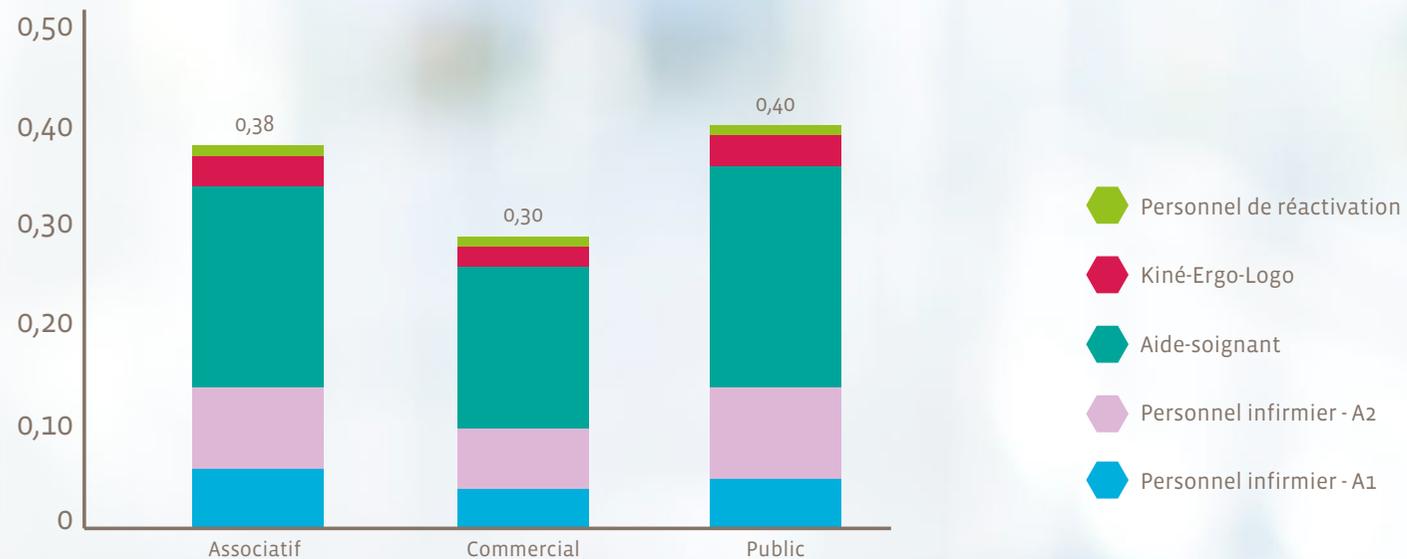


* ETP présents dans le 3^{ème} volet.

Evaluation du nombre moyen d'ETP soignants présents* par lit (MR-MRS-Coma-CS et CSJ**) pour chaque entité et santhea (forfait 2018)



Evaluation du nombre moyen d'ETP soignants présents* par lit (MR-MRS-Coma-CS et CSJ**), par statut et par qualification (forfait 2018)



* ETP présents dans le 3^{ème} volet.

** Les lits CSJ qui sont inclus sont ceux des structures dépendant d'une maison de repos.



PARTIE 2

Regards sur l'actualité

- 28 La PAQS : un programme pluriannuel innovant et ambitieux !
- 31 Services d'urgence hospitaliers et postes de garde de médecine générale
- 35 Maîtrise de l'offre en radiothérapie : perspectives d'ici 2025
- 38 Règlement Général sur la Protection des Données : décryptage et impact sur les institutions de soins
- 42 L'IF-IC : une nouvelle classification de fonctions, un nouveau modèle salarial

La PAQS : un programme pluriannuel innovant et ambitieux !

Créée fin 2013, la PAQS a pour objet de soutenir les institutions de soins dans le développement et la mise en œuvre de projets d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients. Après les trois premières années d'existence, les membres de l'association ont renouvelé (et augmenté) les financements de la Plateforme pour assurer la continuité des actions et permettre l'organisation de nouveaux projets innovants et ambitieux.

Santhea s'implique activement dans la PAQS, et ce, depuis sa création. La grande majorité des hôpitaux membres de notre fédération ont participé à au moins une activité en 2017. Et nos structures « Aînés » ont également montré un vif intérêt pour l'initiative.

5 ANS POUR SAUVER DES VIES

À l'origine, c'était une idée un peu folle, celle de travailler ensemble à l'amélioration de la qualité et de la sécurité. Non pas parce que le sujet ne le mérite pas, mais parce qu'il n'est pas de coutume, dans notre secteur, de voir s'unir plusieurs acteurs dans un objectif commun. Et pourtant, quatre ans plus tard, institutions de soins, mutuelles, autorités et associations professionnelles collaborent à la réalisation de la vision de la Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients – PAQS, à savoir « Un secteur des soins de santé visant l'excellence dans ses pratiques et son fonctionnement, en généralisant l'utilisation d'outils d'amélioration continue et l'innovation ».

Le chemin parcouru est important. Le nombre d'acteurs impliqués dans les différents projets et dans la PAQS n'a fait qu'augmenter. D'activités circonstancielles exclusivement consacrées à l'accréditation, l'organisation a évolué vers un programme réfléchi, ambitieux et cohérent qui vise l'amélioration de la qualité dans le long terme. Initialement coordonnée par un mi-temps, la PAQS compte aujourd'hui un staff de pratiquement sept ETP, staff qui ne ménage pas ses efforts pour mettre en œuvre le programme d'activités et soutenir au mieux les démarches d'amélioration développées par les institutions de soins.

L'année 2017 aura vu le lancement du programme « 5 ans pour sauver des vies ». Pièce centrale des activités pour les prochaines années, ce programme – unique en son genre – vise à travailler selon la méthodologie collaborative de l'Institute for Healthcare Improvement à l'amélioration significative de la sécurité des patients. Sur base des thématiques prioritaires définies par l'OMS (identito-vigilance, safe surgery, communication lors des changements de prestataires, gestion des médicaments à hauts risques, prévention et contrôle des infections), une vingtaine d'institutions se sont engagées à se former, à fixer des objectifs chiffrés ambitieux quant à l'amélioration de la sécurité, à mettre en œuvre des actions d'amélioration au travers de « Change Packages », à mesurer les résultats obtenus, à partager leurs expériences, et à diffuser les meilleures pratiques. L'objectif est clair : diminuer le nombre de décès évitables à l'hôpital qui, selon les études internationales, se chiffrerait en milliers de patients par an en Belgique.



DES PROJETS-PILOTES INNOVANTS

Plusieurs projets-pilotes gravitent autour du programme central. Dans chacun d'eux, une thématique ou un outil est testé par un nombre limité d'institutions, l'objectif étant de pouvoir à court terme évaluer ceux-ci et diffuser à l'ensemble du secteur ce qui apparaît être le plus pertinent et le plus efficace.

Comme premier projet-pilote, la PAQS a décidé de proposer aux institutions qui le souhaitent, d'implémenter le trajet ICHOM Stroke Reference Guide. L'objectif de celui-ci est de constituer un set d'indicateurs standard sur la prise en charge de l'AVC. Ce set se compose de données administratives et médicales déjà collectées dans les hôpitaux mais aussi de données rapportées par le patient (PROMs) à des moments clés du trajet de soins. A terme, ces informations permettront de délivrer des soins plus efficaces, adaptés aux situations individuelles des patients et ce, de la manière la plus efficiente possible. En parallèle, la PAQS a également souhaité travailler sur le PREM (Patient Reported Experience Measure), qui est une mesure objective, à un moment donné du continuum des soins, et qui évalue la perception du patient sur ce qui s'est produit ou pas durant un épisode de soins. Le projet se base sur la version courte du Picker Patient Experience questionnaire (PPE-15).

L'objectif est de proposer aux institutions intéressées de tester l'implémentation

de l'outil PPE-15, d'analyser les résultats et de mettre en place des démarches d'amélioration de l'expérience patient qui seront évaluées à partir des données collectées.

La volonté de transformer la relation entre patients et professionnels de santé autour de la notion de collaboration, de co-construction et le concept de partenariat fait l'objet de conférences de plus en plus nombreuses, fait partie intégrante des référentiels d'accréditation, s'infiltrer progressivement dans les programmes d'enseignement universitaires et dans les programmes de formation continue des professionnels de la santé, mais aussi dans les stratégies institutionnelles et la gestion de la qualité des soins. Dans ce contexte, la PAQS a proposé un projet-pilote patient partenaire. Axé sur différents modèles, chaque institution s'engage volontairement à intégrer la notion de patient partenaire dans ses activités.

Depuis plusieurs années, les principales instances promotrices de la sécurité des patients ont clairement identifié, comme dans l'aviation, la nécessité d'atténuer les risques liés aux facteurs humains en promouvant le travail d'équipe. À l'instar du Programme d'amélioration continue du travail en équipe (PACTE) lancé en 2013 en France par la Haute Autorité de Santé, le choix de la PAQS s'est porté sur « Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety »,



ou TeamSTEPPS. Il s'agit d'un concept pédagogique issu du Crew Resource Management de l'aviation, appliqué au domaine de la santé et qui est fondé sur une combinaison de recherches scientifiques et d'expériences de services de santé. On y retrouve un ensemble d'outils de communication, de conduite d'équipe, de monitoring de situation et de soutien mutuel. Une stratégie de mise en œuvre en fait également partie. Ce projet-pilote a été développé sur base des expériences de l'Agency for Healthcare Research and Quality (États-Unis) et de l'équipe de la Fédération des Hôpitaux Vaudois (Suisse).

UN SET COMMUN D'INDICATEURS

Le 12 octobre 2015, les Ministres wallon et bruxellois de la santé ont mandaté la PAQS pour identifier un set d'indicateurs de qualité communs aux hôpitaux bruxellois et wallons. En 2016, la PAQS a assuré le suivi du travail d'un groupe de 12 experts issus du secteur des soins de santé. Le groupe d'experts s'est réuni à sept reprises entre janvier 2016 et mai 2017 pour faire émerger les définitions d'un set d'indicateurs commun aux hôpitaux bruxellois et wallons. La stratégie d'implémentation du set d'indicateurs a réellement débuté en 2017. En début d'année, un appel à candidatures pour tester le set commun d'indicateurs a été lancé aux hôpitaux volontaires. La PAQS a organisé quatre phases de test des indicateurs avec des représentants de 22 institutions hospitalières et des experts d'organisations impliquées dans la production de ces indicateurs. Ces échanges ont débouché sur la production de recommandations d'utilisation et d'interprétation indispensables pour l'analyse des résultats. Il s'agit d'une « grille de lecture » pour comprendre d'éventuelles différences inhérentes aux spécificités institutionnelles. Le résultat des différents travaux menés seront transmis aux autorités régionales début 2018.

MAIS AUSSI ...

La PAQS a également organisé une série d'autres activités. Des séances d'échanges sur l'accréditation destinées à soutenir les démarches en matière de Qualité et Sécurité et qui ont abordé les thématiques suivantes : communication et transferts efficaces, gestion et évaluation des risques et qualité et sécurité au travail. Un projet de partage d'Événements Indésirables qui vise à encourager le partage d'expériences entre les institutions afin d'améliorer de façon synergique

la qualité et la sécurité des soins. Citons également la mise en ligne de modules d'e-learning, l'organisation d'un congrès « Qualité et Sécurité », l'organisation d'un voyage d'études à Londres, la participation au réseau « Health Improvement Alliance Europe », plusieurs formations ou encore le développement des premières activités destinées aux MR/MRS, qui seront mises en œuvre en 2018.

La PAQS a aussi investi dans sa visibilité. Le début d'année 2017 s'est accompagné d'une nouvelle charte graphique. Le logo reflète le dynamisme de la PAQS et conserve les couleurs historiques de la Plateforme. Le site Internet (www.paqs.be) s'est vu renforcé au niveau du contenu grâce à l'apparition d'une rubrique Actualités et d'une rubrique Outils. La périodicité des newsletters est devenue mensuelle. La présence de la Plateforme sur les réseaux sociaux a été encore renforcée cette année. Par ailleurs, un magazine trimestriel est venu compléter les canaux de communication déjà existants.

PERSPECTIVES

L'année 2017 aura vu le lancement du premier plan pluriannuel de la PAQS, avec des objectifs ambitieux clairement établis. Cette première étape ayant été franchie, il s'agira de concrétiser les choses dès 2018 et durant les années suivantes. Les programmes, projets et projets-pilotes devront générer des résultats et montrer leur impact sur la sécurité des patients et sur la qualité des soins. La PAQS portera une attention particulière à cet aspect des choses. Il s'agit en effet d'un élément crucial si nous voulons inscrire notre travail et la dynamique sectorielle que nous entendons créer dans le temps. La mise en œuvre du set d'indicateurs représentera aussi un défi de taille. La PAQS proposera aux institutions volontaires de travailler sur ceux-ci via le partage d'expériences et la diffusion de bonnes pratiques. Par ailleurs, la PAQS s'est lancé un autre challenge pour 2018 : proposer une stratégie régionale d'amélioration de la sécurité des patients. En effet, ni Bruxelles ni la Wallonie n'ont, à ce jour, développé une vision claire sur le sujet. Or, les réformes institutionnelles successives ont donné de plus en plus de compétences aux Régions en la matière. Et les études internationales, en l'absence de telles études en Belgique, tendent à montrer qu'il y a encore beaucoup d'efforts à faire dans ce domaine. La PAQS souhaite donc produire un document proposant une stratégie cohérente aux autorités et aux partis politiques en vue d'une éventuelle mise en œuvre au cours de la prochaine législature. ●

Services d'urgence hospitaliers et postes de garde de médecine générale

Vers une programmation des services d'urgence en Belgique, pour une offre intégrée, efficace et accessible des soins non planifiables, centrée sur les besoins du patient.

A L'ORIGINE DE LA PROBLÉMATIQUE

Les postes de garde de médecine générale, créés en 2002, sont initialement nés de projets pilotes locaux visant à améliorer les conditions de travail des médecins généralistes et à renforcer les soins de santé de première ligne. Le système a ensuite évolué vers une situation où, en 2014, 53% de la population en Flandre était théoriquement couverte par un poste de garde, 76% en Wallonie et 100% à Bruxelles.

70 postes de garde ont ainsi été créés depuis 2002. Cet investissement n'a toutefois pas mené à une diminution du nombre de contacts aux urgences.

En effet, suite à un audit conduit en 2015, il est apparu que le recours aux services d'urgence des hôpitaux prévalait encore largement sur celui des postes de garde de médecine générale. Au-delà de ce constat, une forte hétérogénéité tant en termes d'organisation que de fonctionnement de ces postes de garde s'observait, nécessitant, selon la Ministre de la Santé publique, un plan de réforme définissant un cadre relatif à ces postes de garde de médecine et à leur financement.

La Ministre entendait ainsi déployer endéans une période de 5 ans (à dater de 2016) un modèle unique et intégré pour les soins non planifiables sur tout le territoire, au sein duquel collaboreraient de manière optimale les postes de garde et les services des urgences des hôpitaux.

En effet, la démarche de la Ministre visait aussi à soulager les services d'urgence et à proposer une réflexion globale quant à l'intégralité de la chaîne des soins non planifiables, considérée comme un tout et non de manière unilatérale et compartimentée selon que l'on s'adresse au médecin généraliste, à l'urgentiste, à l'hôpital ou au service ambulancier.

Si les postes de garde sont considérés au niveau international comme une alternative valable pour délester les urgences hospitalières d'une partie de leurs contacts, à ce jour, l'organisation des postes de garde ne permet pas de rencontrer cet objectif : leurs heures d'ouverture sont limitées ; on constate une absence d'accords sur des renvois éventuels entre ces postes et les urgences ; ils sont pour la majeure partie localisés en dehors des sites hospitaliers ; ils sont encore insuffisamment connus par la population. L'hôpital reste donc le principal pôle d'attraction pour les patients présentant un besoin de soins aigus non planifiés.



LES LIGNES DIRECTRICES DE LA NOUVELLE RÉFORME

Au vu de ces considérations, la Ministre de la Santé publique a identifié les grandes lignes de sa politique relative aux postes de garde de médecine générale de la manière suivante :

1. Nécessité de rédiger un modèle standard de plan de conventions applicable tant à l'organisation existant initialement qu'aux évolutions futures, et notamment le déploiement du 1733 (appels 24h/24 et 7j/7) ;
2. Obligation pour le poste de garde 'standard' d'être physiquement et opérationnellement lié à un service d'urgence afin d'assurer un renvoi efficace des patients ;
3. Obligation de collaborer au sein d'un réseau dirigé par un coordinateur, de réaliser des économies d'échelle et rationaliser l'utilisation des moyens ;
4. Obligation de rencontrer au minimum les 4 critères définis par la Ministre à savoir conclure un plan d'accords entre les entités concernées, compter au moins 61h d'ouverture hebdomadaire, assurer une couverture territoriale et démographique suffisante et répondre aux nouvelles règles en matière de coûts ;
5. Attribution d'un numéro INAMI spécifique aux postes de garde de médecine générale pour les prestations effectuées dans ce cadre ;
6. Application du plan d'accords aux patients se présentant du vendredi 18h au lundi 8h.

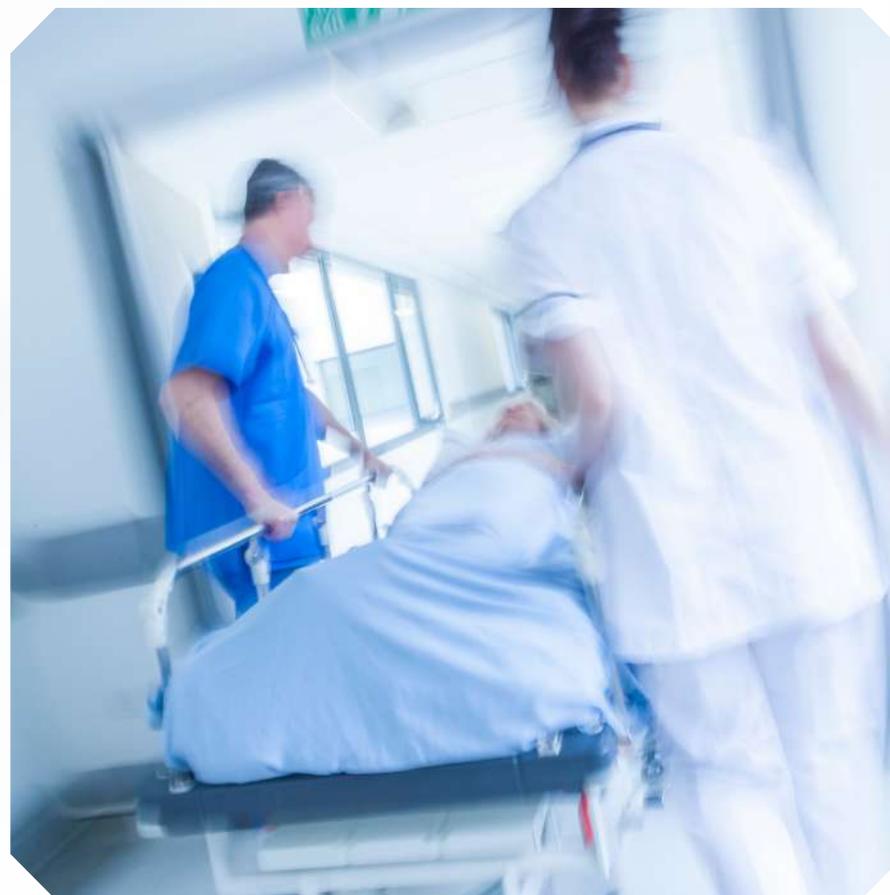
MISE EN PLACE D'UNE TASKFORCE

Afin de développer cette politique, la Ministre a créé une taskforce, composée de représentants des hôpitaux, dont santhea, des médecins urgentistes, des médecins généralistes et des postes de garde de médecine générale. Cette taskforce a été subdivisée en deux groupes de travail (GT) pour travailler spécifiquement d'une part, sur les modalités de collaboration entre les services d'urgence et les PMG et d'autre part, sur une standardisation des postes de garde.

Santhea a ainsi pu participer, au sein du 1^{er} GT, à l'élaboration d'un modèle standard de plan d'accords qui organise les soins, l'adressage des patients, la

communication et les services tandis que le 2^{ème} GT travaillait à la définition des modèles (standard et d'exception) de postes de garde.

Tandis que le 2^e GT était mis en état de veille suite à l'annonce par la Ministre de sa volonté d'intégrer purement et simplement les postes de garde au sein des services d'urgence, le 1^{er} GT aboutissait à un consensus sur un projet de Plan d'accords à conclure entre les postes de garde, les gestionnaires hospitaliers et les médecins chefs des urgences, afin de fixer les modalités de leur collaboration. Ce projet de Plan d'accords fut approuvé par la taskforce, le Comité de l'assurance et la Commission nationale médico-mutualiste en 2016. Il est toutefois rappelé que ce projet nécessite encore d'intégrer l'implémentation des résultats de l'audit.



RAPPORT DU KCE ET RAPPORT D'AUDIT

L'approche 'bottom-up' favorisée à l'origine de la réforme des postes de garde au travers de la mise en place d'une taskforce a permis d'intégrer l'input du terrain mais a mis en exergue d'importantes différences au niveau du mode de fonctionnement entre les différents postes de garde. La Ministre a donc souhaité passer en mode 'top-down' afin de mieux encadrer le mode de travail des postes de garde et d'exploiter d'éventuelles synergies.

Afin de soutenir cette démarche, une demande d'étude fut introduite auprès du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), lequel se prononça sur la question et produisit un rapport en mars 2016, intitulé « Organisation et financement des services d'urgence en Belgique : situation actuelle et possibilités de réforme ».

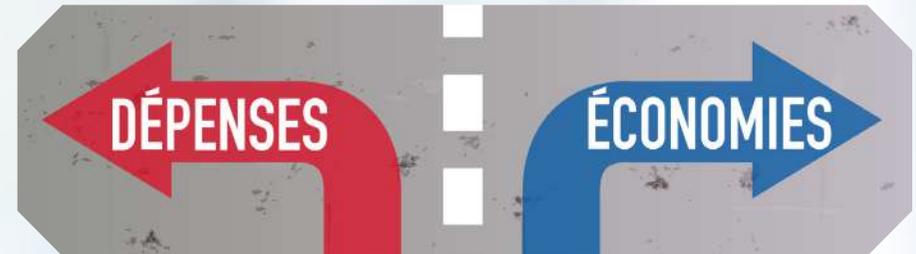
LE RAPPORT DU KCE CONCLUT, DE FAÇON SYNTHÉTIQUE, DE LA MANIÈRE SUIVANTE :

- Le nombre de contacts avec les services d'urgence augmente, ainsi que les coûts ;
- L'offre de services d'urgence est large, mais leur activité est souvent faible ;
- Beaucoup de patients se présentant aux urgences pourraient tout aussi bien être pris en charge par un médecin généraliste ;
- Le modèle actuel des postes de garde n'apporte pas de solutions et est caractérisé par une faible charge de travail ;
- La combinaison idéale d'incitants financiers n'a pas encore été trouvée (tant au niveau du budget de l'hôpital que des honoraires des médecins).

SUR BASE DE CES CONCLUSIONS, LE KCE AVANCE, DANS SON RAPPORT, 4 PROPOSITIONS DE RÉFORME POUR UNE UTILISATION PLUS EFFICIENTE DES MOYENS FINANCIERS AVEC MAINTIEN DE L'ACCESSIBILITÉ ET DE LA QUALITÉ.

1. Diminuer le nombre de services d'urgence.
2. Fusionner les postes de garde et les services d'urgence en « services de soins aigus non planifiés » avec une porte d'entrée commune et un triage pour déterminer si le patient doit être orienté vers la permanence de médecine générale (ouverte 24h/24 et 7j/7) ou vers le service d'urgence.

3. Prévoir un financement mixte avec une composante fixe importante pour la fonction de disponibilité d'urgence et une composante variable basée sur le nombre de contacts du service d'urgence.



4. Mettre à égalité le ticket modérateur et le système de financement des permanences de médecine générale et des services d'urgence.

En parallèle, un audit est réalisé à la demande de la Ministre dans le courant de l'année 2016 pour aboutir à la production d'un rapport final en janvier 2017.

LES PRINCIPAUX RÉSULTATS DE CET AUDIT METTENT EN ÉVIDENCE LES ÉLÉMENTS SUIVANTS :

- Seul le nombre de contacts (avec les patients) a une valeur prédictive (suffisante) quant au total de frais de fonctionnement d'un poste de garde ;
- Des économies d'échelle sont susceptibles d'être réalisées sur les 5 grandes catégories de frais de fonctionnement du poste de garde : transport, accueil, coordination, bien immeuble et administration ;
- Le nombre d'interactions de nuit est très limité, même pour les grands postes de garde ;
- L'offre d'un poste de garde *full service* (ouvert la nuit) a une très grande influence sur le total de frais de fonctionnement d'un poste de garde ;
- Il existe une grande diversité de modèles d'organisation de la garde mobile.

La nouvelle politique proposée par le cabinet en matière de postes de garde de médecine générale est principalement basée sur les résultats de l'audit et a pour objectif d'éliminer les points non desservis géographiquement dans le système des postes de garde, d'uniformiser leur fonctionnement ainsi que leur financement et de les rendre plus transparents.

AVANCÉES EN 2017

2017 a vu le 2^{ème} GT se réunir à nouveau afin de débattre des principes retenus par la Ministre dans le cadre du développement de sa politique à l'égard des postes de garde de médecine générale.

Ces principes visent, outre une standardisation du fonctionnement et du financement de ces postes de garde, à permettre une offre de soins optimisée, dotée d'une accessibilité renforcée sur l'ensemble du territoire, susceptibles d'économies d'échelle, en synergie avec les services d'urgence et ce, au travers de mesures concrètes.

Ainsi, dans l'optique d'une liaison physique et opérationnelle avec le service d'urgence, les postes de garde devront être implantés autant que possible sur un campus hospitalier. Le modèle de garde en dehors du campus hospitalier ne se justifie que pour des raisons d'ordre géographique.

Les projets existants seront revus à l'aune de cette vision sur la programmation et un trajet transitoire sera élaboré.

Les nouvelles initiatives devront se conformer aux principes actuellement mis en place et aux critères en cours de définition.

Les postes de garde devront se constituer en réseaux (probablement sur une échelle de 400.000 habitants), l'un d'entre eux devant se situer dans un hôpital.

Les heures d'ouverture des postes de garde seront les mêmes pour l'ensemble du territoire, avec une prestation minimum de 61 heures d'ouverture la nuit par réseau.

Le système des postes de garde durant les week-ends est visé en première instance par la réforme. Une fois celle-ci suffisamment implémentée avec la garantie d'une utilisation optimale des moyens, la Ministre envisage d'élargir le système aux activités en semaine.

Chaque réseau disposera d'au moins une garde mobile dont le pilotage (dispatching) s'effectuera au niveau du réseau (et au travers du 1733 à terme).



Un système d'enregistrement uniforme (basé sur certains critères de qualité à définir) sera implémenté pour l'ensemble des postes de garde.

L'uniformisation du modèle d'organisation des postes de garde de médecine générale et du système du 1733 font l'objet de développements parallèles avec un objectif commun de système intégré.

Quant au financement, la nouvelle politique vise un fonctionnement standardisé ainsi qu'un cadre financier transparent, devant entrer en vigueur dès 2018.

Le processus est donc en cours mais le chemin est encore long. Afin d'avancer et d'obtenir une vision encore plus pointue des interactions entre les différents processus du système, la Ministre a également demandé au KCE de procéder à une nouvelle analyse (« Programmation des services d'urgence en Belgique»), laquelle devrait être conduite dans le courant de l'année 2018. Les résultats de cette étude devraient constituer le point de départ d'un débat global sur les soins non planifiables. ●

Maîtrise de l'offre en radiothérapie : perspectives d'ici 2025

Le KCE s'est penché sur la question de la programmation du nombre de centres de radiothérapie requis d'ici 2025. Santhea a décortiqué cette analyse en s'attachant à la mettre en perspective.

Le KCE a produit en 2017 un rapport traitant de la capacité hospitalière à l'horizon 2025. Santhea s'est plus particulièrement intéressé à la partie relevant de la maîtrise de l'offre en radiothérapie.

Un premier point établi par le rapport est que, globalement, malgré des disparités d'activités entre les appareillages de radiothérapie en place et une distribution territoriale inégale, l'offre actuelle répond aux besoins. Il est aussi reconnu que ces besoins sont inévitablement appelés à augmenter dans les années futures.

Plusieurs raisons à cela. D'abord l'augmentation de la population ainsi que son vieillissement, signifiant plus de patients atteints d'un cancer nécessitant un traitement par radiothérapie. L'évolution du mode de vie devrait aussi augmenter l'incidence du cancer avec une tendance plus marquée chez les femmes dont la courbe d'incidence tend à rejoindre celle des hommes.

On estime en outre que 20 à 30% des patients actuellement éligibles à un traitement par radiothérapie ne le reçoivent pas, ce qui est appelé à changer dans le futur. Enfin, l'amélioration et l'affinement des techniques devraient amener à des radiothérapies moins agressives s'adressant à des patients non pris en compte à l'heure actuelle.

En intégrant ces divers éléments, le KCE a pu se livrer à des projections chiffrées des besoins futurs en appareillages, indiquant toutes qu'il faudra en augmenter le nombre d'ici 2025. L'ampleur de cette augmentation est variable suivant le modèle utilisé pour calculer les projections, allant de 10 à environ 20 machines supplémentaires.

Quelles sont dès lors les mesures proposées pour faire face à cette évolution ? La recommandation centrale du KCE consiste à envisager une concentration des centres de radiothérapie avec un appel à éviter « à tout prix » l'ouverture de centres supplémentaires.

Ceci est en partie basé sur des exemples puisés dans d'autres pays européens (Danemark, Pays-Bas) où l'on observe une planification à long terme et une concentration de l'activité de radiothérapie.

La proposition du KCE n'est cependant pas exempte de paradoxes.



Concernant la planification, notons que la situation prévalant dans les pays dont nous nous inspirons est le résultat d'un travail poursuivi pendant au moins 20 ans. S'agissant de ce qui est proposé en Belgique, on se place à l'horizon 2025, soit un laps de temps de 8 ans à dater du rapport, s'inscrivant donc dans un tempo fort différent.

Pour ce qui est des chiffres à l'appui d'une proposition de centralisation plus marquée, on est obligé de constater qu'au stade actuel, ils ne sont guère nombreux, ni probants.

Nous regrettons par ailleurs que la motivation première de la centralisation consiste en des économies d'échelle : la qualité des soins au patient, son bien-être ou encore les conditions de travail des prestataires ne devraient-ils pas primer ? Enfin, au-delà de ce choix discutable en termes de priorités, nous notons que les économies avancées ne sont pas chiffrées.

Qu'en déduire ? Les économies engendrées sur les prestations et le personnel ne pourraient être significatives. En revanche, la réorganisation en un nombre plus restreint de localisation signifierait la désaffectation d'une douzaine de sites et le transfert de leurs activités vers les emplacements conservés (environ 25 pour tout le pays). Ce transfert devrait s'accompagner de la construction de nouveaux bunkers, soit un coût de 1,5 à 2 millions €/bunker (avec éventuellement, dans certains cas, l'achat de nouveaux appareils). Soulignons en outre, et ce n'est pas négligeable, que comme depuis la 6^{ème} réforme de l'Etat, le financement des infrastructures hospitalières est assuré par les Régions, ce serait donc à elles d'assurer le coût de cette décision de l'Etat fédéral. Et à ces coûts indispensables au maintien de l'activité actuelle, il faudra encore ajouter ceux attendus suite à l'augmentation inévitable de l'activité, se traduisant, au bas mot, par une dizaine d'appareils en plus.

Le rapport n'évoque par ailleurs que de façon marginale certaines conséquences funestes d'une centralisation trop poussée de l'activité, à savoir l'augmentation des frais de transport pour le patient et les risques de files d'attente et de délais de traitement compromettant la qualité des soins. Nous notons également que cela pourrait entraîner un déséquilibre régional, plus de centres pouvant potentiellement être fermés en Wallonie, avec apparition concomitante de « déserts en radiothérapie », spécialement dans le sud de la Région.

L'incidence des cancers, liée à la proportion des seniors et globalement en hausse, est également répartie différemment entre les territoires . Or, cette répartition pourrait varier dans les années à venir. Dès lors, le rapport précisant qu'« après une première rationalisation, il pourra être vérifié si les centres de radiothérapie restants sont bien répartis par rapport aux chiffres d'incidence des cancers », on peut légitimement se demander ce qu'il adviendra si ce n'est pas le cas. Fera-t-on machine arrière ? Qui paiera ?

Enfin que penser d'une programmation limitée à l'horizon 2025 ? Selon le Bureau Fédéral du Plan, l'augmentation du nombre de gens âgés de 75 ans et plus devrait en effet s'intensifier entre 2025 et 2030-2040 et pousserait, en toute logique, encore davantage à la hausse la quantité de personnes devant faire appel à un moment ou l'autre de leur existence à la radiothérapie.

Tous les éléments évoqués ci-dessus devraient donc inciter à la plus grande prudence au moment de décider de mesures de rationalisation dans l'offre de la radiothérapie en Belgique. Le rapport du KCE offre des pistes de réflexion intéressantes mais peu étayées sur la question. L'unique but des propositions semble être de faire des économies. Or, outre le fait qu'elles restent à chiffrer, elles pourraient avoir des contreparties plus que dommageables sur la prise en charge des patients atteints d'un cancer et cela, peut-être encore plus en Wallonie que dans le reste du pays. ●



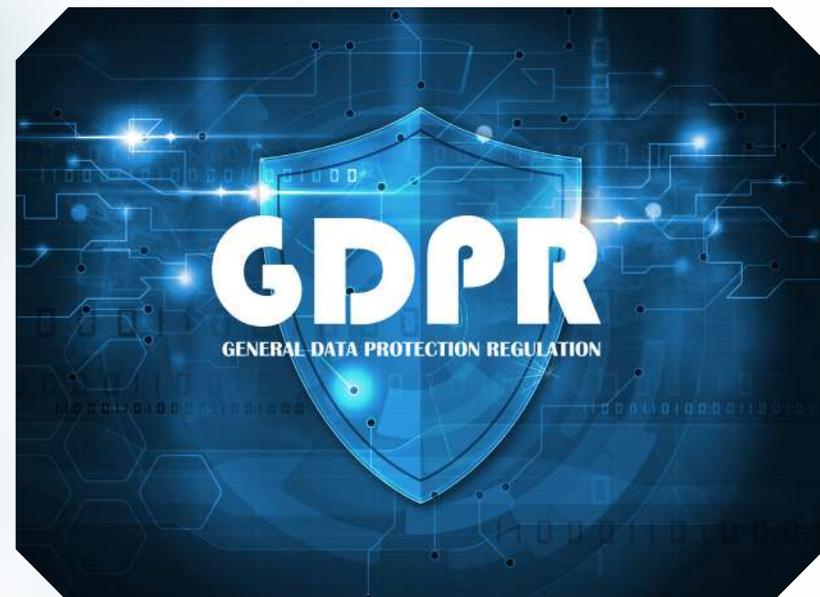
Règlement Général sur la Protection des Données : décryptage et impact sur les institutions de soins

Le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) entre en application le 25 mai 2018. Les institutions de soins sont directement concernées par ses multiples obligations.

Deux ans après son entrée en vigueur le 24 mai 2016, le RGPD fait une entrée fracassante au sein de l'Union européenne. Directement applicable, il vise le renforcement et l'harmonisation entre pays membres des législations de protection des données à caractère personnel portant sur les individus situés sur leurs territoires, ainsi que la responsabilisation de tout acteur opérant au moins un traitement de telles données sur cette même zone géographique.

En effet, la réglementation des données à caractère personnel n'est nouvelle ni en Belgique, ni dans l'Union européenne. Le droit au respect de la vie privée et familiale a d'abord été affirmé au niveau européen par l'article 8 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales en 1950. Le 8 décembre 1992, la Belgique a adopté la loi « vie privée » qui sera ensuite modifiée par la loi du 11 décembre 1998 transposant la Directive européenne 95/46 du 24 octobre 1995 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement de données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Le développement d'internet, des flux d'informations et de leur exploitation imposent donc aux autorités de tenter de réguler un domaine en perpétuelle et rapide évolution afin de redonner au citoyen le contrôle de ses données. Cette régulation a bien évidemment des répercussions sensibles dans le secteur des soins de santé.





QU'ENTEND-T-ON PAR « TRAITEMENT DE DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL » ?

Toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable peut être considérée comme une donnée à caractère personnel (DCP). De nombreuses données courantes entrent de facto dans cette catégorie, certaines plus sensibles que d'autres.

Quelques données à caractère personnel classiques ou issues de catégories particulières ou « sensibles »
◆ Données d'identification personnelles (nom, adresse, numéro de téléphone, ...)	◆ Origine ethnique, opinions politiques, croyances ou appartenance syndicale
◆ Caractéristiques personnelles (âge, sexe, nationalité, ...)	◆ Données pénales
◆ Composition du ménage (nom du partenaire, nombre d'enfants, ...)	◆ Données portant sur la vie sexuelle
◆ Profession et emploi (emploi actuel, détails de la carrière, salaire, ...)	◆ Données concernant la santé (état de santé physique et mental, soins reçus)

Le RGPD est d'application pour tout traitement de DCP contenues ou appelées à figurer dans un fichier informatique ou sur un document papier faisant l'objet d'un classement. De nombreuses opérations sont assimilables dans ce cadre à un traitement (collecte de données, enregistrement, stockage, adaptation, couplage, consultation, communication, diffusion, effacement, ...).

QUELLES SONT LES OBLIGATIONS IMPOSÉES AUX ORGANISMES QUI TRAITENT DE TELLES DONNÉES ?

Il revient en premier lieu à tous les organismes (et particuliers en dehors d'une activité strictement personnelle ou domestique) de prendre toutes les mesures nécessaires pour garantir la sécurité et la confidentialité des DCP traitées. Ces mesures comprennent notamment l'obligation de référencer et signaler toute violation de ce type de données à l'Autorité de protection des données (ancienne Commission de Protection de la Vie Privée dont le nom et les pouvoirs ont largement évolué dans le cadre du RGPD).

Dans le même ordre d'idée, une grande partie des organismes concernés par le RGPD doivent également tenir un registre des activités de traitement de DCP, document très complet se devant de détailler des éléments tels que la finalité de chaque traitement, les catégories de données traitées, les personnes concernées ou les éventuels destinataires. Ce registre, pierre angulaire de la nouvelle réglementation, participe au nouveau principe d'« accountability » qui impose au responsable de traitement de prouver qu'il respecte le RGPD par la mise en place de procédures et l'établissement d'une documentation adéquate.

Le RGPD impose également de permettre aux personnes dont les DCP font l'objet d'un traitement de faire valoir une série de droits sous certaines conditions. Si plusieurs de ces droits ont été consacrés par le RGPD, d'autres qui existaient auparavant ont été renforcés. Il s'agit entre autres du droit à l'information sur les traitements réalisés, du droit d'opposition au traitement, du droit à la consultation et à la portabilité des DCP, du droit à leur rectification ou encore du droit à leur effacement. Ces obligations propres au RGPD doivent bien entendu encore se combiner avec celles du droit belge, y compris la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, notamment le fait de pouvoir consulter et obtenir une copie de son dossier médical.

De même, tous les contrats de sous-traitance ou marchés dans lesquels sont associés des traitements de DCP doivent être revus et modifiés afin de les adapter à la nouvelle réglementation en précisant par l'intermédiaire de clauses particulières les obligations des responsables de traitements et prestataires.

Un Délégué à la Protection des Données (DPD) ou *Data Protection Officer (DPO)* doit enfin être désigné dans certains cas de figure, en particulier lorsqu'un organisme traite des catégories particulières de données personnelles « sensibles » à grande échelle. Le rôle de ce Délégué à la Protection des Données consiste entre autres à conseiller et informer les responsables de traitements de DCP et de veiller à ce que ceux-ci respectent leurs obligations en matière de protection des données. Il est également le relais entre le responsable du traitement et les personnes dont les DCP sont traitées et représente ce même responsable auprès de l'Autorité de protection des données en cas de contrôle ou à la suite d'une notification de violation de DCP.



QUE RISQUENT LES ORGANISMES CONCERNÉS PAR LE RGPD EN CAS DE MANQUEMENT ?

Le RGPD prévoit toute une gamme de mesures pouvant être activées par l'Autorité de protection des données en cas de non-respect des obligations qui en découlent. Les infractions les plus faibles peuvent ne générer qu'un simple ordre de mise en conformité ou de réponses aux requêtes des personnes concernées, mesures bien moins préjudiciables que les potentiels ordres d'arrêt définitif ou temporaire d'un ou plusieurs traitements, astreintes, amendes (jusqu'à 20 millions € pour les cas les plus graves) ou publications des manquements et décisions de l'Autorité de protection des données sur son site internet assorties, selon le contexte, de l'ordre d'informer les personnes dont les DCP ont été violées de façon publique.

EN QUOI LES INSTITUTIONS DE SOINS ET/OU D'ACCUEIL SONT-ELLES CONCERNÉES PAR LE RGPD ?

Les institutions de soins et/ou d'accueil sont concernées directement par le RGPD car elles traitent d'une part les DCP de leur personnel et d'autre part les données de leurs patients et résidents. Elles doivent donc veiller à protéger les DCP traitées et permettre aux personnes concernées par celles-ci de faire valoir leurs droits. Du fait qu'elles traitent à grande échelle des données de santé, catégorisées pour rappel comme « sensibles », celles-ci doivent également tenir un registre des activités de traitement et s'attacher les services d'un DPO.

QUELLES ACTIONS ONT ÉTÉ ENTREPRISES PAR SANTEHA CONCERNANT LE RGPD EN 2017 ?

Outre l'organisation d'une matinée d'information sur le sujet à la mi-mars, santhea a organisé la tenue d'un groupe de travail consacré exclusivement à la problématique du RGPD au cours du dernier quadrimestre 2017. Dans le même temps, la fédération a préparé en coulisses le lancement de sa nouvelle Cellule RGPD pour le début de l'année suivante. L'objectif de cette initiative est de mettre à disposition des membres qui le souhaitent une équipe pluridisciplinaire afin de les soutenir durant le processus de mise en conformité mais également de leur proposer une fonction de DPO externalisé en continu. ●



L'IF-IC : une nouvelle classification de fonctions, un nouveau modèle salarial

Après plus de 15 ans de gestation, nous avons assisté au lancement d'une nouvelle classification de fonctions sectorielles !

Fondée en 2002, l'asbl IF-IC (Instituut voor Functieclassificatie – Institut de Classification de fonctions), gérée par les partenaires sociaux, à l'instar des fonds sociaux, s'est attelée à la lourde tâche de moderniser la classification des fonctions existantes au sein des secteurs fédéraux privés des soins de santé. Cette nouvelle classification forme la base pour l'élaboration d'une politique de rémunération (nouveau modèle salarial). L'introduction concomitante de ces deux nouveautés constitue un changement majeur pour le secteur fédéral de la santé.

LES ACCORDS SOCIAUX DU 25 OCTOBRE 2017

L'IF-IC occupe une place centrale dans l'accord social 2017 – 2020, signé le 25 octobre 2017, pour le secteur privé des soins de santé. Les Ministres fédéraux ont décidé de concentrer l'entièreté des nouveaux moyens financiers de cet accord social au lancement d'une première phase de cette nouvelle classification de fonctions et, dans une moindre mesure, au 2^{ème} pilier de pensions. Les accords sociaux prévoient 4 autres thèmes, sans budget complémentaire. Il s'agit de la modernisation des fins de carrières, de l'organisation du travail (horaires, report d'heures supplémentaires et garantie d'un 3^{ème} week-end lors de congés annuels de deux semaines), de mesures de lutte contre le burn-out, le stress et l'agressivité et enfin, d'un suivi du volet social de la réforme du paysage hospitalier.

UN PHASAGE FAUTE DE MOYENS SUFFISANTS

UNE PREMIÈRE PHASE IF-IC POUR LE SECTEUR PRIVÉ

Sur base des informations disponibles, l'IF-IC a estimé à 395 millions € le coût total de la mise en œuvre complète de cette nouvelle classification de fonctions pour le secteur privé. Cela correspond à une augmentation de 5,5% de la masse salariale globale actuelle du secteur fédéral de la santé. Faute de pouvoir disposer du budget total, l'accord social prévoyait le lancement d'une 1^{ère} phase des nouveaux barèmes IF-IC dès 2018, à concurrence de 65 millions €. Concrètement, au budget de 50 millions € déjà alloué par le Gouvernement fédéral précédent, ont été ajoutés 45 millions € supplémentaires dans le secteur privé, répartis en 3 nouvelles tranches annuelles de 15 millions € chacune en 2018, 2019 et 2020, ce qui permettra d'atteindre un budget annuel récurrent de 95 millions € à partir de 2020.

QUI SONT LES ACTEURS DU PROJET ?

L'IF-IC est une structure paritaire, composée des organisations patronales et des organisations syndicales. Un comité de pilotage spécifique aux institutions de santé fédérales a conduit l'ensemble des travaux.



De nombreux groupes de travail techniques se sont réunis au fil des ans, certains impliquant les fédérations et d'autres des acteurs de terrain, et ont permis d'élaborer les descriptions de fonctions et leur classification.

Santhea a systématiquement plaidé en faveur d'une nouvelle classification de fonctions qui soit la plus proche du terrain tout en insistant sur la nécessité d'un financement adéquat et suffisant.

ET LE SECTEUR PUBLIC ?

Pour santhea, la mise en œuvre de cette nouvelle classification de fonctions devait impérativement se faire pour l'ensemble des institutions de santé fédérales tant du secteur privé que du secteur public. Nous avons fini par être entendus et l'accord social du secteur public confirme « la nécessité d'harmoniser les conditions de salaire et de travail du secteur public et du secteur privé ». Pour ce faire, il consacre un budget récurrent de 43 millions €, à l'horizon 2020, à la mise en œuvre de l'IF-IC dans le secteur public. Ici aussi, 3 tranches successives ont été prévues : 23 millions € pour une première phase à lancer en 2018 à laquelle viendront s'ajouter 2 nouvelles tranches de 10 millions € chacune en 2019 et 2020. L'accord prévoyait de démarrer, en 2017 encore, une étude salariale à l'instar de celle réalisée pour le secteur privé en 2016.

VOUS AVEZ DIT IF-IC ?

L'IF-IC prévoit une même classification de fonctions pour l'ensemble du secteur fédéral de la santé qui met davantage l'accent sur la fonction exercée que sur le diplôme. Les différences entre les barèmes sont structurées de façon systématique. La politique salariale est aussi modifiée pour payer des salaires plus élevés en début de carrière avec une dégressivité des augmentations liées à l'ancienneté.

La nouvelle classification de fonctions s'articule autour de 6 départements dans lesquels on retrouve 14 familles de fonctions réparties en 20 catégories pour un total, à ce jour, de 218 fonctions sectorielles.

L'IF-IC est un système évolutif, qui prévoit un mécanisme de révision des fonctions. Cela permettra d'une part de revoir la pondération des fonctions pour s'adapter à leur évolution, et d'autre part d'intégrer au fur et à mesure les fonctions qui sont manquantes à ce jour. A l'avenir, l'IF-IC continuera à se focaliser sur les fonctions couramment utilisées dans les institutions de soins, l'ambition n'étant pas d'intégrer les fonctions spécifiques à l'une ou l'autre institution. On retrouvera souvent dans les hôpitaux quelques fonctions spécifiques qu'il faudra classer par analogie aux fonctions existantes.

UNE MÉTHODE ANALYTIQUE POUR ABOUTIR À LA CLASSIFICATION DE FONCTIONS

Cette nouvelle classification de fonctions a été construite sur base d'une méthode analytique qui s'articule en 5 phases successives. Elle a débuté par l'inventaire et la description des fonctions (phase 1 et 2) pour ensuite les pondérer sur la base de critères précis, décrits préalablement (phase 3). Selon les fourchettes de score qui leur sont attribuées, les fonctions ont ensuite été regroupées en catégories de fonctions (phase 4), la 5^{ème} phase visant à établir les procédures d'implémentation et le nouveau modèle salarial.

LA MISE EN ŒUVRE DE L'IF-IC

DÉJÀ 4 CONVENTIONS COLLECTIVES DE TRAVAIL POUR LA NOUVELLE CLASSIFICATION DE FONCTIONS

Entre septembre 2016 et décembre 2017, ce sont au total 4 conventions collectives de travail qui ont été conclues entre les partenaires sociaux.

Le premier round de négociations a abouti à la signature des deux premières conventions collectives de travail relatives à la détermination des fonctions de référence sectorielles et la classification sectorielle de fonctions d'une part, et à la procédure de rapportage d'autre part.

Les 2 autres conventions collectives de travail ont été signées en décembre 2017. Elles concrétisent la 5^{ème} phase décrite ci-dessus. L'une concerne les procédures relatives à l'introduction d'une nouvelle classification sectorielle de fonctions et l'autre l'introduction d'un nouveau modèle salarial.

L'ATTRIBUTION AVANT LA DÉTERMINATION DE LA RÉMUNÉRATION

À la date de signature de la convention collective de travail concernant les procédures, le compte à rebours a commencé. Pour le 30 avril 2018, il faudra attribuer une fonction adéquate à chaque travailleur. Pour ce faire, les institutions devront au préalable composer la Commission d'accompagnement et la Commission de recours interne, désigner le responsable-processus et faire une communication générale vers les travailleurs.



LE DROIT AU RECOURS

Le travailleur peut introduire un recours uniquement concernant la fonction qui lui est attribuée. Ce recours éventuel sera traité par la Commission de recours interne et le cas échéant, en appel, par la Commission de recours externe.

LE CHOIX DU TRAVAILLEUR

Chaque fonction est rattachée à une catégorie qui détermine une échelle barémique.

Lorsque le travailleur a reçu et accepté sa nouvelle attribution de fonction, il devra faire le choix d'opter pour le nouveau barème qui y est lié ou de garder sa rémunération actuelle, si elle lui est plus favorable.

Pour cette 1^{ère} phase, le nouveau barème IF-IC correspondra au barème actuellement perçu par les travailleurs, augmenté de 18,25% de la différence entre le barème actuel et le barème IF-IC à 100%.

LES DÉFIS FUTURS DE L'IF-IC

OBTENIR UN BUDGET SUFFISANT

Le premier défi sera de trouver le financement nécessaire à la mise en œuvre complète de ces nouveaux barèmes IF-IC. Si on peut comprendre qu'il soit difficile de dégager en une fois un montant de près de 400 millions, la mise en œuvre par phases crée beaucoup de difficultés et la nouvelle classification de fonctions nécessite d'être déployée complètement pour être cohérente.

FINANCER LES INSTITUTIONS

L'IF-IC représente un coût pour les institutions qui doit leur être remboursé dans les meilleurs délais. Il s'agira de mettre au point un mécanisme de financement, via le Budget des Moyens Financiers, qui assure une couverture rapide de ces frais.

LA MISE EN ŒUVRE DANS LE SECTEUR PUBLIC

Une fois l'étude salariale réalisée, il faudra rapidement entamer les travaux pour la mise en œuvre de l'IF-IC dans le secteur public. Bien que l'on puisse judicieusement s'inspirer de l'expérience acquise dans le secteur privé, la tâche sera grande pour développer un mécanisme qui s'adapte aux réalités des services publics.

L'IMPACT SUR LES ENTITÉS FÉDÉRÉES

S'il est important de ne pas créer de distorsions entre les hôpitaux privés et publics, il ne faudrait pas non plus aboutir à en créer entre les différents secteurs de soins. Or, suite à la 6^{ème} réforme de l'Etat, les maisons de repos, les maisons de soins psychiatriques tout comme une série d'autres types d'institutions de soins ne relèvent plus des compétences fédérales et, partant, ont été exclues de l'IF-IC fédéral.

La question de l'implémentation d'une nouvelle classification de fonctions dans ces secteurs va dès lors rapidement se poser.

Il est à noter qu'entre 2002 et la dernière réforme de l'Etat en 2016, des institutions de ces secteurs ont participé aux travaux de l'IF-IC de façon approfondie, allant parfois jusqu'à développer des descriptions de fonctions (pour les maisons de repos et de soins par exemple). Il ne sera probablement pas tenable à moyen ou long terme de valoriser de façon différente des fonctions similaires selon que l'institution relève d'un niveau de pouvoir ou d'un autre, alors que de gros efforts ont été faits au cours de ces dernières années pour arriver à une harmonisation des barèmes entre les institutions qui relèvent de la Commission paritaire 330. ◆





PARTIE 3

Quelques thèmes abordés en 2017

- 48 Janvier
- 51 Février
- 54 Mars
- 58 Avril
- 60 Mai
- 62 Juin
- 65 Juillet/août
- 68 Septembre
- 74 Octobre
- 79 Novembre
- 81 Décembre

santhea





JANVIER

SATISFACTION
DES PATIENTS

MESURES
D'ÉCONOMIES

DI-RHM

BUDGET DES
MOYENS
FINANCIERS

FORMATION
PERMANENTE

PRISE EN CHARGE DES TRAUMATISMES GRAVES : VERS UN SYSTÈME INTÉGRÉ DE TRAUMATOLOGIE

Santhea a été convié par le KCE à participer à une réunion de présentation des résultats et de discussion des conclusions de l'étude sur la réorganisation de la prise en charge des traumatismes graves. Le rapport final du KCE, publié en mars 2017, est appelé à terme à influencer en profondeur la façon dont les hôpitaux s'organisent pour mener à bien cette mission. Il suffit pour s'en convaincre de rappeler la recommandation principale contenue dans le rapport : afin de réduire la fragmentation des soins aux victimes de traumatismes graves, toutes les structures concernées par ces soins devraient s'organiser en un « système intégré de traumatologie » unique, subdivisé en plusieurs collaborations suprarégionales organisées autour de « points de référence » constitués par des Centres Majeurs de Traumatologie (*Major Trauma Centres* ou MTC).

EXAMENS PRÉOPÉRATOIRES DE ROUTINE EN CAS DE CHIRURGIE NON CARDIO-THORACIQUE PLANIFIÉE

Santhea a fait écho au rapport du KCE contenant une série de recommandations cliniques au sujet des examens souhaitables (ou non) avant une intervention de chirurgie non cardio-thoracique planifiée chez des patients adultes de 18 ans ou plus. Pour chaque type d'examen préopératoire, des recommandations sont fournies quant à la nécessité de l'effectuer en fonction du patient et du type d'intervention chirurgicale considérés. Ces recommandations ont été résumées en un diagramme de prise de décision, lui-même à la base d'une application web proposée par le KCE (KCE PreOp) à propager autant que possible parmi les prestataires concernés.

AUDITS ÉNERGÉTIQUES EN RÉGION WALLONNE

Un décret ainsi qu'un arrêté du Gouvernement wallon ont obligé les institutions wallonnes qualifiées de grandes entreprises, c'est-à-dire celles ne répondant pas aux critères européens de PME, à communiquer un premier rapport d'audit énergétique pour le 5 décembre 2016. Santhea a d'abord plaidé en faveur d'un report de cette date limite pour ensuite faire valoir des circonstances particulières ou exceptionnelles en vue de demander au Ministre wallon de la Santé une prolongation du délai initial de quatre ans, fréquence à laquelle un audit énergétique doit être réalisé.

ECONOMIES IMPOSÉES PAR MAGGIE DE BLOCK



Suite à l'annonce, en fin d'année 2016, d'économies importantes dans le budget des soins de santé 2017, santhea avait, dans la mesure où les données disponibles le permettaient, réalisé une première évaluation chiffrée de l'impact de ces économies sur nos hôpitaux membres. Début 2017, nous avons mis ce travail en parallèle avec toutes les autres mesures d'économies touchant les hôpitaux déjà prises en 2015 et 2016, afin d'estimer l'incidence globale des mesures budgétaires imposées par M. De Block.

GROUPE DE TRAVAIL SATISFACTION PATIENTS

Le groupe de travail Satisfaction Patients de santhea s'est réuni en début d'année pour faire le point sur les questionnaires de l'enquête et les rapports en ligne. Les discussions ont permis de programmer une série d'actions en cours d'année dans le but d'améliorer toujours plus la qualité des outils proposés par notre fédération. L'occasion fût également idéale pour présenter aux membres la méthodologie utilisée pour la rédaction de la micro-étude « Focus » consacrée aux résultats agrégés de l'enquête et publiée en 2016.

DI-RHM : ADAPTATION DE LA MÉTHODOLOGIE RELATIVE AUX ANALYSES DES DONNÉES

Suite aux retours des membres du GT DI-RHM santhea recueillis lors du dernier trimestre 2016, un nouveau plan d'analyse a été mis en place dans le but de travailler directement sur les données DI-RHM brutes à disposition, et non plus sur des données standardisées issues des fichiers feedback NRG. Un travail de validation des données 2014 (les plus récentes étant donné le risque lié à l'utilisation des données 2015 suite au passage du RHM à l'ICD-10) a ainsi été entrepris en premier lieu.

CELLULE MÉDIATION

La cellule de médiation de santhea s'occupe, pour certains de ses hôpitaux membres, de la gestion de dossiers de plaintes des patients, au sens de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. Par ailleurs, un groupe de travail médiation se réunit mensuellement au sein de notre fédération depuis février 2004. L'analyse des cas pratiques en vue de l'élaboration d'un catalogue à caractère « jurisprudentiel » se poursuit selon les modalités définies en janvier 2005 et de façon bimestrielle. En alternance, les autres séances sont consacrées à l'étude de thèmes spécifiques, choisis par le groupe, comme par exemple la médiation en santé mentale, la rédaction du rapport annuel, le respect du secret professionnel et de la vie privée, le rôle des compagnies d'assurance en cas de litiges, ... Depuis 2012, le groupe est élargi aux praticiens médicaux, infirmiers et hospitaliers lors de deux séances à thème. En 2017, ont été abordés : la prise en charge de la douleur chez l'enfant dans le cadre de l'hospitalisation à domicile et en milieu hospitalier, le Réseau de Santé Wallon, l'accompagnement du patient en fin de vie et l'euthanasie, la fonction de médiation dans le cadre de la 6^{ème} réforme de l'Etat (statut, professionnalisation et harmonisation des pratiques).

PROGRAMME DE FORMATION PERMANENTE

Santhea organise, en collaboration avec l'Unipso, un programme de formation permanente depuis le second semestre 2010. Il s'articule autour de trois axes, en regard des prescrits légaux de 2006 qui définissent l'obligation de formation pour les cadres infirmiers (quota d'heures et matières), des accords sociaux « 2005-2010 » et sur base de la demande des Directions des Départements infirmiers des structures de soins affiliées à santhea. Les 3 axes sont les suivants : législation sociale et gestion des horaires, bien-être au travail, gestion d'équipes. La formation est décentralisée par province, dans les hôpitaux affiliés. Le programme de formation est avalisé et reconnu par le SPF Santé publique. 2017 a vu la poursuite du programme de formation (Axe A) relatif à la gestion du temps de travail, en regard des inspections de l'Inspection des Lois Sociales, selon 5 thèmes : gestion du temps de travail et temps partiel ; suspensions ; règlement de travail ; bien commencer la relation de travail ; fins de contrat.

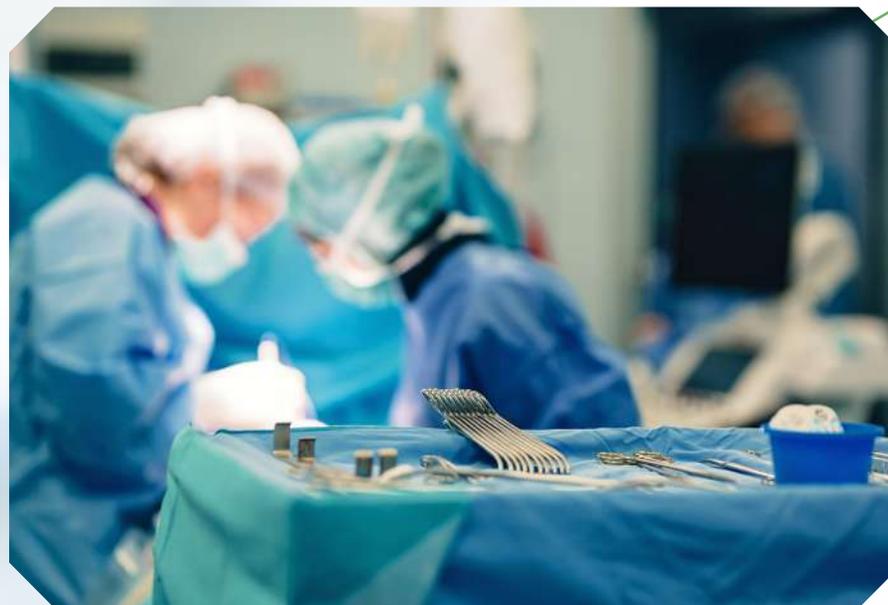
ARRÊTÉ ROYAL BUDGET DES MOYENS FINANCIERS AU 1^{ER} JANVIER 2017

Santhea a publié à destination de ses membres les coordinations de l'AR BMF au 1^{er} janvier 2017 et leurs notes explicatives. Les dispositions introduites concrétisaient dans le texte de l'AR BMF les mesures d'économies BMF imposées aux hôpitaux par la Ministre De Block : diminution de la sous-partie A2 et suppression de sa révision, suppression du financement de l'assurance Responsabilité Civile des médecins en sous-partie B1, suppression du financement spécifique pour pansements actifs en sous-partie B2, diminution des financements historiques de recyclages en sous-partie B4, substitution des lits justifiés aux lits agréés dans le calcul de certains éléments de la sous-partie B4, diminution de l'enveloppe des projets-pilotes en sous-partie B4, diminution des financements des missions universitaires hors hôpital académique en sous-parties B4 et B7B, réduction linéaire des sous-partie B1 et B2 de tous les hôpitaux par création d'une ligne négative en sous-partie B4.

CFEH : SIMPLIFICATION DU BMF, COLLABORATION ENTRE HÔPITAUX, QUARTIER OPÉRATOIRE

La Ministre de la Santé publique a adressé au Conseil Fédéral des Etablissements Hospitaliers deux demandes d'avis importantes : l'une concernant la simplification dans le BMF et l'autre relative aux obstacles et incitants à la collaboration entre hôpitaux dans le BMF. Suite à cela, le CFEH a décidé en séance plénière de mettre

en place deux groupes de travail ad hoc. Le groupe de travail « simplification », auquel santhea a activement participé, a entamé ses travaux dès le 27 janvier. En parallèle, le groupe de travail d'experts quartier opératoire du CFEH, dont plusieurs émanent d'hôpitaux membres de santhea, a poursuivi ses travaux, à savoir l'examen des codes INAMI à insérer dans l'annexe 9 de l'AR BMF et la détermination du temps standard quartier opératoire à associer à chacun de ces codes, en particulier la revue de toute la chirurgie orthopédique dont la nomenclature a été complètement réformée au 1^{er} janvier 2014.



FÉVRIER

GROUPES
DE TRAVAIL

RÉTROCESSIONS
D'HONORAIRES

FINANCEMENT
DES
INFRASTRUCTURES

COLLABORATIONS
HOSPITALIÈRES

RESSOURCES
HUMAINES

GRUPE DE TRAVAIL AÎNÉS

Le groupe de travail Aînés est un lieu d'échange entre les gestionnaires d'établissements d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées. Lors de ces rencontres, des sujets tels que l'assurance autonomie, la mise en place de l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) ou encore l'accompagnement des personnes souffrant de troubles cognitifs ont été abordés.

GRUPE DE TRAVAIL SUR LE CANCER DU POU MON

En 2016, le KCE a publié un rapport sur les indicateurs de qualité pour la prise en charge du cancer du poumon. Suite à ce rapport, santhea a initié un groupe de travail constitué de plusieurs spécialistes issus de ses institutions affiliées afin d'évaluer parmi les 23 indicateurs dégagés par le KCE ceux pouvant être considérés comme réellement valides en tant que marqueurs de qualité dans le traitement des cancers pulmonaires. Santhea projeta ensuite de procéder à un benchmarking anonyme centré sur les indicateurs de qualité des soins sélectionnés par le groupe de travail. Le benchmarking se fera en utilisant les données hospitalières relatives aux marqueurs d'intérêt obtenues via le « Belgian Cancer Registry » (BCR). Un premier hôpital a donné son feu vert pour procéder à la phase pilote. Les données ont été demandées au BCR. A terme, le rapport mis en ligne devrait permettre aux institutions participantes de comparer leurs résultats relatifs aux marqueurs pris en compte.

GRUPE DE TRAVAIL RH ET ATELIERS DE DROIT SOCIAL : ACTUALITÉS LÉGISLATIVES ET JURISPRUDENTIELLES

Lors de la réunion du groupe de travail « Atelier de droit social » qui réunit, trois fois par an, les directeurs RH des hôpitaux affiliés à santhea, sont présentées aux participants les actualités législatives et jurisprudentielles en matière

de droit social et du travail pour les secteurs public et privé. La réunion du mois de février avait notamment à l'ordre du jour la modification apportée au travail des étudiants (conversion des 50 jours en 475 heures), la mise en œuvre du trajet de réintégration des travailleurs en incapacité de travail, l'accord interprofessionnel 2017-2018 ainsi que la modification de la convention collective de travail en matière de crédit-temps. Un membre du groupe a également présenté aux participants la mise en place du télétravail au sein de son institution.

ENQUÊTE SUR LA RÉTROCESSION D'HONORAIRES EN DIALYSE

A l'occasion d'un Conseil Général des Hôpitaux de santhea, notre fédération avait été chargée par ses membres de réaliser une enquête sur la rétrocession d'honoraires en dialyse. Les 11 hôpitaux participant à cette enquête ont reçu un document présentant, sous forme de graphiques, les premiers résultats de l'enquête. Il était question de comparer les taux de rétrocessions appliqués en dialyse, pour les années 2013, 2014 et 2015, mais aussi les revenus bruts des médecins indépendants, par demi-journée ou annuellement. Une analyse de la composition des revenus de chaque hôpital en termes de forfaits versus honoraires était également fournie. Etant donné le caractère nouveau de ce type d'enquête, il avait été demandé aux institutions de donner leur feedback et de répondre à quelques questions par rapport aux premières analyses fournies.



LE PROJET « SOINS DE PLAIES COMPLEXES PAR PRESSION NÉGATIVE » À DOMICILE

Un budget d'environ 1 million € est prévu pour le secteur des services de soins à domicile afin de mettre en place ce projet « article 56 ». Le budget a été estimé à la base pour couvrir les soins prodigués à domicile pour 1.000 patients (en estimant le coût par patient à 1.000 €). Le groupe de travail mis en place par l'INAMI avait pour objectif de définir les contours du projet. L'idée était d'avoir un budget par patient permettant de couvrir plus de prestations que ce qui est permis par la nomenclature actuelle des infirmiers à domicile, ainsi que des réunions de concertation avec l'hôpital et le coût du matériel (pompe, pansements et canisters). Il fallait aussi définir précisément le groupe cible dont le traitement a été initié à l'hôpital, et peut être prolongé au domicile.

SATISFACTION PATIENTS : MISE À JOUR DES QUESTIONNAIRES « GÉNÉRAL », « MATERNITÉ » ET « CONSULTATION »

Lors d'une réunion du groupe de travail Satisfaction Patients organisée en janvier, plusieurs suggestions furent recueillies dans le but de faire évoluer les questionnaires « Général », « Maternité » et « Consultations ». Les changements apportés concernaient entre autres la normalisation de questions similaires reprises à travers les différents questionnaires ainsi que l'ajout d'un item relatif à la tendance du patient à recommander l'hôpital suite à son séjour.

BUDGET DES MOYENS FINANCIERS : RETARD DE NOTIFICATION

Début février, les hôpitaux n'avaient toujours pas reçu leurs notifications de BMF au 1^{er} janvier, supposées intégrer les prix de référence indispensables à la facturation du 1^{er} semestre 2017. Alertée par santhea, l'Administration SPF Santé publique, compte tenu des réductions de ses effectifs non remplacés au fil des années, s'est déclarée, à la mi-février, dans l'impossibilité matérielle de calculer à temps le BMF de janvier 2017 et, pour pallier de façon pragmatique ce problème, a autorisé les hôpitaux, en concertation avec les organismes assureurs, à continuer de facturer au cours du 1^{er} semestre 2017 les prix de référence de juillet 2016 et de percevoir les douzièmes calculés sur base des BMF 1^{er} juillet 2016.

CFEH : SIMPLIFICATION DU BMF, COLLABORATION ENTRE HÔPITAUX, QUARTIER OPÉRAIRE ET MODIFICATIONS DU BMF AU 1ER JUILLET

Le groupe de travail d'experts quartier opératoire du Conseil Fédéral des Etablissements Hospitaliers s'est à nouveau réuni le 6 février et a abouti à la fixation

d'une liste de plus de 200 codes INAMI à insérer dans l'annexe 9 de l'AR BMF assortis de leur temps standard validé par consensus entre les experts. En parallèle des travaux de ce groupe, le CFEH a émis un avis d'initiative le 9 février, concernant les codes et pseudo-codes de la nomenclature INAMI, proposant la mise en place d'une procédure systématique et proactive de suivi des nouveaux codes ou modifications de codes existants, susceptibles d'impacter le calcul du BMF, en particulier en ce qui concerne le financement du quartier opératoire via les temps standards (codes INAMI mais également pseudo-codes le cas échéant). Le CFEH a également rappelé le sous-financement croissant du quartier opératoire.

Le 6 février, la Ministre De Block a adressé une demande d'avis au CFEH concernant les modifications à apporter à l'AR BMF au 1^{er} juillet 2017. Le CFEH a décidé de créer deux groupes de travail ad hoc pour l'examen de celles-ci, l'un concernant plus spécifiquement les données DI-RHM et leur utilisation dans le calcul du BMF et l'autre concernant des aspects plus techniques du calcul du BMF.

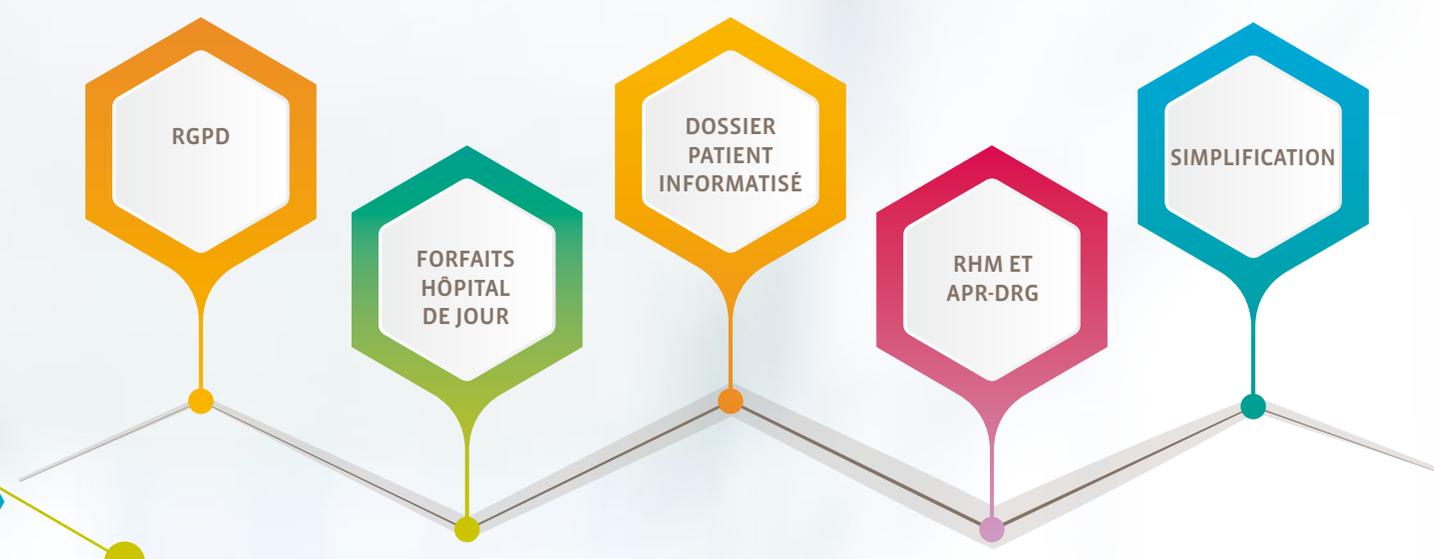
Le CFEH a réuni par deux fois chacun des groupes de travail « simplification dans le BMF » et « obstacles et incitants à la collaboration entre hôpitaux » au cours du mois de février, en vue de préparer les avis à émettre par le CFEH en réponse aux demandes de la Ministre. Santhea y a activement participé.

PRIX D'HÉBERGEMENT POUR LE FINANCEMENT DES INFRASTRUCTURES HOSPITALIÈRES EN RÉGION WALLONNE

Le 28 février, santhea a participé à une réunion d'information au cabinet du Ministre Prévot relative aux modalités du nouveau financement des infrastructures hospitalières en Région wallonne et y a fait part de premières réflexions, questions et suggestions à ce sujet.



MARS



ORGANISATION D'UN CYCLE D'INTERVISIONS POUR LES AIDES-SOIGNANTS DES MAISONS DE REPOS ET DE SOINS

Dans le cadre d'un appel à projet lancé par le Ministre de l'Action Sociale et de la Santé de la Région wallonne, santhea a organisé pour la deuxième année consécutive un cycle d'intervisions gratuit de 24 séances pour les aides-soignants qui accompagnent des résidents souffrant de troubles cognitifs majeurs. Le programme de formation s'est déroulé du mois de mai au mois de décembre inclus.

GRUPE DE TRAVAIL « GESTION DE PROJET »

Une première réunion du groupe de travail « gestion de projet » au sein des hôpitaux s'est tenue en mars. Il s'agissait d'une prise de contact visant à faire le point sur les projets menés au sein des institutions représentées et à échanger sur les difficultés rencontrées et les solutions identifiées ou à identifier pour les résoudre. Par la suite, le GT sera appelé à tenir des réunions régulières consistant en des plates-formes d'échange consacrées à chaque fois à un aspect spécifique de la gestion de projet. Ces échanges devraient mener à la production de documents résumant la façon d'aborder et mener à bien diverses problématiques en relation avec la gestion de projet dans les établissements de soins de santé. En parallèle, une liste des outils/méthodes susceptibles d'être utilisés lors de la gestion d'un projet, tenant compte de la portée et de l'ampleur de celui-ci, devrait être établie.

MATINÉE D'INFORMATION SUR LE RÈGLEMENT GÉNÉRAL SUR LA PROTECTION DES DONNÉES

Santhea a organisé, en collaboration avec le réseau Iris, une matinée d'information sur le Règlement Général sur la Protection des Données. Ce Règlement, dont les dispositions entreront en vigueur le 25 mai 2018, abroge la Directive européenne 95/46/CE transposée en droit belge par une loi de décembre 1998. Lors de la matinée d'information, deux membres de la Commission de la Protection de la Vie Privée (CPVP, qui deviendra l'Autorité de protection des données au sens du Règlement) ont pris la parole et ont évoqué le rôle du délégué à la protection des données, les nouvelles

compétences de la CPVP, les voies de recours, la responsabilité des intervenants et les sanctions.

NOUVEAUX FORFAITS « HÔPITAL DE JOUR » RELATIFS À L'ONCOLOGIE

Suite aux travaux de la Commission de conventions Hôpitaux-OA en 2016, cinq nouveaux forfaits ont vu le jour au 1^{er} mars 2017 en remplacement de l'ancien « maxi-forfait oncologie » : un forfait « soins de base oncologiques » pouvant être facturé une fois par mois en cas d'administration orale, un « maxi-forfait monothérapie » (si une seule molécule est administrée), un « maxi-forfait combithérapie » (si plus d'une molécule est administrée) et deux forfaits (« pédiatrie mono » et « pédiatrie combi ») qui peuvent respectivement être portés en compte en sus des deux forfaits précédents en cas d'administration de chimiothérapie à des enfants (jusque 16 ans inclus).

SATISFACTION PATIENTS : MISE EN LIGNE DU RAPPORT INDIVIDUEL ET DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE « URGENCES »

Les rapports en ligne présentant les résultats des différentes enquêtes Satisfactions Patients de santhea concernent chacun un seul type de questionnaire de façon anonyme. Dans le but d'améliorer le service offert aux utilisateurs concernés par cette matière, un nouveau rapport individuel reprenant l'ensemble des résultats de chaque institution a été développé en complément aux rapports anonymes. Ce nouveau rapport permet dorénavant aux utilisateurs de consulter plus facilement leurs résultats, de connaître le détail par unité de soins pour chacun des questionnaires et de procéder plus facilement à des retours vers le personnel soignant et la direction.

DOSSIER PATIENT INFORMATISÉ : DES BESOINS SPÉCIFIQUES

Durant le dernier trimestre 2016, notre fédération s'est attelée à la rédaction d'un questionnaire avec l'administration dans le but d'identifier les principales difficultés rencontrées par les institutions particulières (petite taille, psychiatrique, spécialisées) avec l'implémentation d'un Dossier Patient Informatisé (DPI). L'analyse des réponses a permis d'alimenter le contenu d'une réunion organisée par le SPF Santé publique et santhea. Outre le manque critique de ressources humaines et financières à disposition des institutions pour la mise en place d'un tel projet, les intervenants ont également mis en lumière le retard pris par l'administration concernant la délivrance d'une version nationale exploitable

du langage SNOMED-CT, cette terminologie étant en effet amenée à alimenter directement le DPI selon les critères définis par l'administration. Concernant justement ces critères, les représentants des institutions ont à nouveau souligné la nécessité de les repréciser clairement, ce à quoi l'administration a répondu qu'une étude avait été commandée avec comme objectif d'en présenter les résultats dans le courant du mois d'avril.

DÉVELOPPEMENT D'UNE EXPERTISE DANS L'UTILISATION DES DONNÉES RHM ET DU CODAGE DES APR-DRG

Dans le cadre d'un travail lié au nouveau mode de financement du cluster basse variabilité, le Département Etudes et Qualité de santhea a étudié les migrations de séjours entre les versions 31 et 34 du logiciel de regroupement des séjours par pathologie (Grouper). Pour réaliser cette étude, nous avons dû tenir compte du fait que depuis le 1^{er} janvier 2015, les diagnostics et les procédures sont enregistrés en utilisant les codes de classification ICD-10. Le module RHM de la base de données a dû être adapté en profondeur ainsi que les packages d'intégration, afin de pouvoir injecter les données RHM en ICD-10. De même, le logiciel Grouper a subi une importante mise à jour. L'analyse porte sur les données 2016 et pour certaines pathologies (notamment les pathologies cardiaques) concernées par le nouveau système de financement.

GROUPE DE TRAVAIL SANTÉ MENTALE : TRANSFERTS DE COMPÉTENCES

Les questions induites par le transfert de compétences vers les entités fédérées pour les conventions INAMI, IHP et MSP ont été abordées de façon spécifique avec nos membres. Les questions qui se posent ont été listées et une réflexion a été menée quant aux stratégies les plus adéquates à mettre en œuvre pour que ce transfert se passe au mieux. Le premier enjeu identifié était d'informer l'AViQ sur les réalités du travail de ces institutions, pour limiter le risque de rupture administrative qui serait préjudiciable à la continuité de prise en charge des patients.

COMMISSION PARITAIRE : RÉVISION DES BARÈMES DU SECTEUR RÉSIDUAIRE

L'objectif de fixer des barèmes minimums pour le secteur résiduaire des soins de santé est légitime. Le combat de santhea sera d'obtenir la garantie que les institutions puissent comptabiliser, dans les nouveaux barèmes, les avantages sociaux qu'elles auraient déjà octroyés au préalable pour revaloriser leurs

travailleurs. Après moult négociations, tensions et blocages, cette garantie sera finalement concrétisée dans un protocole d'accord joint à la CCT.

CFEH : MODIFICATIONS DE L'AR BMF AU 1ER JUILLET

En réponse à la demande d'avis du 6 février de la Ministre M. De Block concernant les modifications à apporter à l'AR BMF au 1^{er} juillet 2017, le CFEH a réuni en mars les deux groupes de travail ad hoc qu'il a expressément créés à cet effet. Le fruit du travail de ces groupes, auxquels santhea a collaboré de manière intensive, a abouti à un avis détaillé émis par le CFEH le 23 mars 2017. Citons en particulier :

- Un long chapitre relatif aux données DI-RHM utilisées dans la sous-partie B2 : compétences du CFEH, passage aux NRG à 100% en remplacement du RIM en trois ans maximum, et à 50% au 1^{er} juillet 2017, suppression du seuil de 0,04 points, pondération des épisodes de soins de moins de 24 heures, adaptations des critères définissant les groupes de base et les NRG, maintien du système de « part de marché des points au-dessus de la médiane » et demande d'analyse du passage à ce même système au lieu du système des déciles pour les soins intensifs, qualité des données, composition et travaux du groupe de travail scientifique en concertation avec le CFEH, perspectives de l'outil et de son rôle central dans le nouveau financement (lourdeur spécifique des soins infirmiers, au-delà de la pathologie), relecture du manuel, redéfinition des items, outil stratégique de gestion au niveau micro, enregistrement continu à partir du DPI, outil d'évaluation des soins et pas uniquement « financier », calendrier transparent des modifications à communiquer en temps utile aux hôpitaux...;
- Dans le cadre de la diminution des points pour les lits partiels de psychiatrie en hôpital aigu : proposition de prévoir un régime transitoire, mise en exergue de financements complémentaires en B4 dont ils n'ont pas pu bénéficier, nécessité de personnel paramédical plus coûteux, phasage nécessaire de toute mesure de réduction...;
- La demande de prendre en considération les patients non OA dans le calcul des salles d'opération disponibles en permanence ;
- Des interrogations quant à la mise en œuvre pratique de l'IF-IC : timing d'implémentation à rendre réaliste (analyse des répercussions), proposition d'ajouter le budget 2017 au DPI si l'IF-IC devait ne pas être implémenté ;
- Le manque de clarté pour les critères de financement DPI « Early Adopters », toujours inconnus : proposition de répartir le budget sur le socle par hôpital de tous les hôpitaux, nécessité d'anticiper les réseaux et une réorientation

possible du choix du DPI, mesurage et évaluation des critères, monitoring et accompagnement par le SPF, plafond à introduire pour le financement “Early Adopters”...;

- Surveillance des infections nosocomiales : répartition du budget entre les hôpitaux et proposition de simplification ;
- L'assimilation des lits C de jour à des lits C classiques dans les calculs B4 aux lits justifiés ;
- La demande de poursuivre vers l'implémentation à 100% du nouveau système de financement des urgences.

CFEH : SIMPLIFICATION DANS LE BMF

En réponse aux deux demandes de la Ministre adressées au CFEH concernant respectivement la simplification dans le BMF et les obstacles et incitants à la collaboration entre hôpitaux dans le BMF, les groupes de travail spécifiques du CFEH se sont encore réunis chacun par deux fois en mars, avec une participation active de santhea. Le CFEH a émis ses avis le 23 mars.

Concernant les simplifications envisageables dans le calcul du BMF, le CFEH a visé la transparence, la lisibilité, la didactique, la logique et la prévisibilité du financement, et a demandé à se concentrer sur le nouveau financement. Il a souligné que le sous-financement structurel se voit encore aggravé par les mesures d'économies, alors que le nouveau financement devait y mettre fin. Le CFEH a demandé des moyens supplémentaires pour l'administration (fixation du BMF, révision, ...) et la liquidation immédiate des rattrapages dus, ainsi que des circulaires claires sur les modalités de révision et calculs des rattrapages, des fichiers électroniques, des collectes automatiques, la fixation d'enveloppes correctes pour les provisions, et un processus correct d'actualisation. Pour les mesures spécifiques TPP/QPP, prime d'attractivité, complément fonctionnel, Plan Cancer et mesures de fin de carrière, le CFEH s'est prononcé en faveur du maintien des révisions et d'une actualisation plus rapide des provisions. Concernant le Plan Cancer, la notion de « COM » (Consultations Oncologiques Multidisciplinaires) doit être mieux définie : identification des codes intervenant, période de comptabilisation plus large, intégration des patients non OA, ... Le CFEH a aussi souligné le maintien nécessaire d'un système de garantie d'un financement de base, y compris dans le nouveau financement et a conclu par ailleurs au fait que peu d'éléments en définitive pourraient ne plus être révisés et/ou recalculés annuellement (évolution de l'activité).

CFEH : OBSTACLES ET INCITANTS À LA COLLABORATION ENTRE HÔPITAUX

En termes de freins et incitants à la collaboration entre hôpitaux dans le BMF, le CFEH est d'avis de maintenir les financements minima garantis et de ne pas ouvrir les financements maxima plafonnés par hôpital. Il a demandé une période transitoire de cinq ans pour assurer aux hôpitaux la prédictibilité de leurs ressources financières au travers de la stabilité de leur budget tant au niveau individuel qu'au niveau de leur réseau quelle que soit l'origine de leurs ressources. Cette stabilité au niveau micro-économique devra aller de pair avec une stabilité au niveau macro-économique. Il n'est en effet pas possible de revoir l'offre de soins ou d'assumer une réforme structurelle en augmentant encore le degré d'incertitude majeur qui plane déjà sur les hôpitaux suite à la réforme, par un manque de financement ou des économies supplémentaires dans le secteur. La stabilité de la réglementation et du financement devrait permettre aux hôpitaux d'organiser et de déployer les réseaux. Les hôpitaux doivent également pouvoir réorganiser leurs activités et répartir leurs budgets et personnels entre eux en fonction des négociations locales. Il importe que les réglementations sociales, fiscales (TVA...), normatives (pharmacie, laboratoire, ...) puissent être adaptées en sorte de ne pas freiner la mise en place des réseaux (partage d'activités, mise en commun/détachement de personnel, services logistiques communs, ...). Pour les différents types de collaborations, y compris les fusions, la garantie budgétaire doit être assurée durant la période transitoire, avec le calcul des budgets individuels sur base de la situation antérieure à la collaboration, quelle que soit la forme de celle-ci. Si, au terme de la période de cinq années, un nouveau financement a été défini, celui-ci serait instauré en appliquant une nouvelle période transitoire de trois ans. Le CFEH a demandé de prévoir l'octroi d'un financement complémentaire ciblé, pour la mise en place de la gouvernance des réseaux ou des coûts supplémentaires inhérents à l'organisation et au fonctionnement du réseau. La diminution de la durée moyenne de séjour s'accompagne d'une intensification des soins : le CFEH s'oppose à toute économie en termes d'effectifs et rappelle le sous-financement structurel des effectifs actuels, qu'il a pointé à de nombreuses reprises. Le CFEH s'est étonné que parallèlement à la volonté de restructurer le paysage hospitalier, il ait été décidé de mettre un terme à toute possibilité de bénéficier d'une indemnité de fermeture alors qu'il s'agissait d'un incitant historique à fermer des lits, et a suggéré de restituer cet incitant sous une forme adaptée à définir.

PRIX D'HÉBERGEMENT POUR LE FINANCEMENT DES INFRASTRUCTURES HOSPITALIÈRES EN RÉGION WALLONNE

Faisant suite aux informations reçues du Cabinet du Ministre Prévot en Région wallonne en février, santhea a réuni à la mi-mars un groupe de travail interne de ses membres, qui s'est penché sur les modalités de nouveau financement des infrastructures proposées et à l'issue duquel une liste de questions et préoccupations légitimes du secteur ont été répercutées vers les instances concernées.



AVRIL

RÉSEAUX

CONCERTATION
SOCIALE

CLUSTER
BASSE
VARIABILITÉ

PLAN
D'INTERVENTION
MÉDICAL

SANTÉ
MENTALE

NOUVEAU PLAN D'INTERVENTION MÉDICAL

Le Plan d'Intervention Médical (PIM) est une des nombreuses composantes du Plan d'Urgence et d'Intervention destiné à être activé en situation d'urgence collective, lorsque de très graves dommages peuvent être causés à un grand nombre de personnes et de biens et/ou à l'environnement. Les attentats de mars 2016 à Bruxelles sont un exemple de ce genre de situation. Les enseignements de ces attentats ont conduit à une rénovation du PIM originel datant de 2009. Du point de vue des hôpitaux, la refonte du PIM a mené à réévaluer le plan d'urgence hospitalier destiné à répondre entre autres aux incidents survenant en dehors du campus de l'institution et ayant des conséquences sur le fonctionnement normal de l'hôpital (notamment un afflux anormalement élevé de victimes venant de l'extérieur).

CALCUL DU NOMBRE DE PATIENTS POTENTIELS PAR RÉSEAUX

Dans le cadre de la réforme du paysage hospitalier et des discussions relatives à la mise en place des réseaux, plusieurs simulations ont été réalisées par santhea à partir des chiffres du SPF Santé publique concernant les parts de marché de chaque hôpital dans les différentes communes du pays et des chiffres de population ventilés par commune de résidence pour estimer le nombre de patients potentiels par réseau. Différents scénarios de réseaux ont été imaginés. Etant donné que le SPF ne diffuse pas les parts de marché < 5%, ces simulations ont ensuite été refaites sur base des chiffres dont dispose l'AViQ pour les hôpitaux wallons (RHM 2014 et 2015).

SATISFACTION PATIENTS : NOUVEAUX QUESTIONNAIRES « GÉRIATRIE » ET « REVALIDATION »

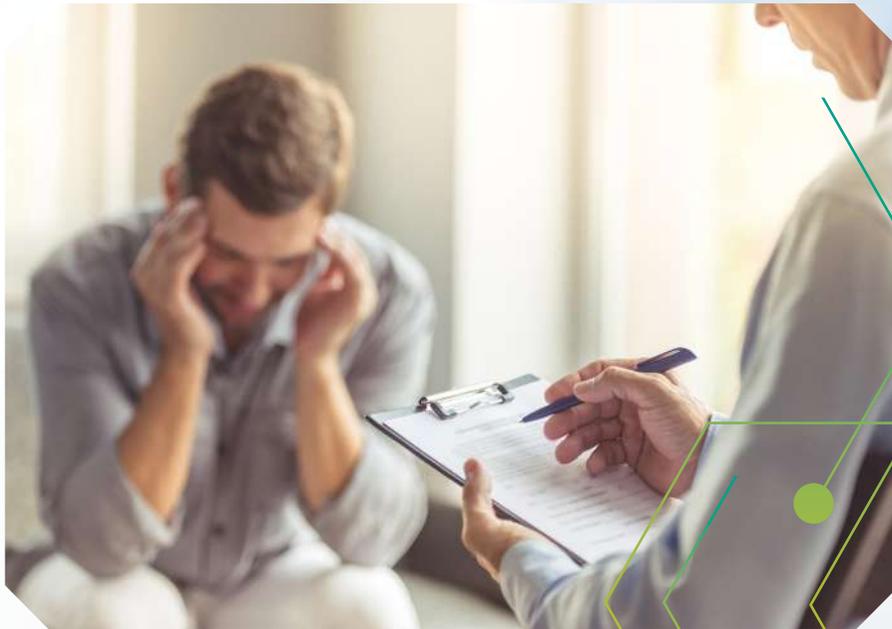
Certains membres du groupe de travail Satisfaction Patients de santhea ayant souhaité la création d'un nouveau questionnaire consacré à la revalidation des seniors, un groupe de travail ad hoc a été mis en place afin de se pencher sur la question. Accompagnés exceptionnellement d'autres professionnels de terrain issus de leurs institutions respectives, les membres du groupe de travail se sont in fine orientés vers la création d'un premier questionnaire destiné aux unités

de soins gériatriques et d'un second consacré à la revalidation. Si le premier prend en compte le profil particulier des seniors en incluant des questions plus courtes et plus simples, le second se concentre surtout sur la richesse des profils paramédicaux intervenant dans le cadre de séjours se voulant souvent longs. Ces deux nouveaux questionnaires ont été publiés en juillet après plusieurs retours des participants au groupe de travail ad hoc.

MASTER PLAN INTERNE ET RÉFORME DE LA SANTÉ MENTALE ADULTE

Santhea a coorganisé une séance de présentation du « Master plan internement » par des représentants des Cabinets Justice et Santé publique. Cette séance a permis à nos institutions membres d'obtenir des informations complémentaires sur ce plan et de poser directement les questions qui les concernent.

Nous avons par ailleurs relayé au sein des GT territoires et équipes mobiles de l'organe de concertation sur la réforme de la santé mentale adulte les situations spécifiques des institutions wallonnes et bruxelloises afin qu'elles puissent être entendues et prises en compte par les autorités. Cette démarche était indispensable pour que ces institutions puissent se retrouver dans les conclusions que ces GT transmettront à la Conférence Interministérielle Santé publique.



L'IF-IC : LE SECTEUR PUBLIC N'EST PAS OUBLIÉ

Parallèlement au cheminement des négociations sur les accords sociaux, des négociations sont menées avec les syndicats du secteur public pour tenter de les convaincre du bienfondé de la mise en œuvre de la nouvelle classification de fonctions IF-IC. Pour santhea, il est crucial de mettre en œuvre une même classification de fonctions pour l'ensemble du secteur de la santé, afin de ne pas recréer de distorsions entre le secteur public et le secteur privé. De telles distorsions seraient préjudiciables tant pour les travailleurs que pour les institutions et elles seraient contraires à la philosophie même du processus IF-IC. En avril, un accord de principe sera enfin trouvé sur la 1^{ère} démarche à réaliser qui prendrait la forme d'une étude salariale pour le secteur public, à l'instar du rapportage réalisé en 2016 pour les institutions du secteur privé. Cet accord de principe permettra d'inscrire l'IF-IC dans l'accord social du secteur public avec un budget spécifique pour sa mise en œuvre qui interviendra une fois que l'on pourra tirer des conclusions précises de l'étude salariale.

NOUVEAU FINANCEMENT « CLUSTER BASSE VARIABILITÉ »

Le 20 avril, santhea a réuni les experts de ses membres dans un groupe de travail interne, pour examiner les premières propositions communiquées par la Ministre De Block concernant le nouveau financement « cluster basse variabilité ».

MAI

ABSENTÉISME

CLASSIFICATION DE FONCTIONS

PROGRAMMATION

PERMANENCE USI

FINANCEMENT

ORGANISATION DE LA PERMANENCE EN UNITÉ DE SOINS INTENSIFS

Un arrêté royal, entré en vigueur le 1^{er} avril 2016, a modifié la nomenclature relative à l'organisation de la permanence en unité de soins intensifs (USI). Ses effets ont fait l'objet de plusieurs questions posées à l'INAMI. Il ressort des réponses fournies que les chefs de service ont tout intérêt à organiser une permanence en USI incluant la présence d'un intensiviste 24h/24. Cela sera sans doute difficile pour certains hôpitaux mais la nomenclature ne laisse guère de choix, sous peine, à l'issue d'un contrôle, toujours possible, de se voir imposer des récupérations d'honoraires.

RÉCOLTE DES DONNÉES D'ABSENTÉISME

Durant le premier semestre de chaque année, il est demandé aux institutions participant au projet Absentéisme lancé par santhea il y a plusieurs années, de nous transmettre leurs dernières données annuelles d'absentéisme disponibles (2016 en l'occurrence), au format défini dans le cahier des charges initial. Malgré les contrôles automatiques mis en place lors de l'injection, il y a encore beaucoup de travail manuel de vérification à faire quant au contenu et au format des fichiers reçus. L'injection des données dans le datawarehouse a ainsi eu lieu en fin d'année.

MODALITÉS DE FINANCEMENT DE L'IMPLÉMENTATION DE L'IF-IC DANS LES HÔPITAUX PRIVÉS

Dès le mois de mai, les fédérations hospitalières, parmi lesquelles santhea, ont commencé à se réunir à un rythme régulier pour échanger sur les problèmes techniques à résoudre en matière de financement pour implémenter l'IF-IC dans les hôpitaux privés et progressivement tenter de trouver des solutions techniques, en particulier lancer des pistes en ce qui concerne le financement concret envisageable dans le BMF.

NOUVEAU FINANCEMENT « CLUSTER BASSE VARIABILITÉ »

Le 17 mai, santhea a adressé à la Ministre M. De Block et aux instances concernées, la liste des questions et préoccupations de ses membres à l'encontre des modalités envisagées pour le nouveau financement « soins de basse variabilité ».

CFEH : RGPD, SOINS DE BASSE VARIABILITÉ, PROTONTHÉRAPIE ET PROGRAMMATION DES PET-SCANS

Les membres du Conseil Fédéral des Etablissements Hospitaliers ont assisté lors de la séance plénière du 11 mai, à un exposé des principales nouvelles obligations imposées par le Règlement européen relatif à la protection des données et décidé de créer un groupe de travail dans le but d'émettre d'initiative un avis relatif au « RGPD ». Lors de cette même séance plénière du 11 mai, les représentants des Administrations INAMI et SPF ont exposé de façon synthétique aux membres du CFEH le système de financement envisagé pour les « soins de basse variabilité » dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux. Santhea y a déjà fait part de ses principales critiques à l'encontre du système. Le CFEH a décidé de mettre en place un groupe de travail mixte avec la Commission de Convention Hôpitaux – Organismes Assureurs de l'INAMI pour examiner plus en profondeur le système proposé. Le CFEH a également reçu le 11 mai deux demandes d'avis de la Ministre De Block : l'une datée du 20 avril concernant la protonthérapie en Belgique et l'autre du 2 mai concernant l'exception aux règles de programmation des Pet-scans et services de médecine nucléaire où est installé un Pet-scan.



JUIN

FACTURATION
HOSPITALIÈRE

CONSOMMATION
DE
MÉDICAMENTS

MONTANTS DE
RÉFÉRENCE

DIALYSE

BENCHMARKING
HOSPITALIER

COMMISSION DE CONVENTION ENTRE LES MAISONS DE REPOS (ET DE SOINS), LES CENTRES DE SOINS DE JOUR ET LES ORGANISMES ASSUREURS

La réunion de cette commission de l'INAMI avait pour objectif d'estimer les besoins pour le secteur. Nous avons plaidé pour une consolidation et une continuité du système de financement, l'obtention des informations précises sur les budgets et les estimations techniques concernant l'ensemble du secteur, la requalification des lits maisons de repos (MRPA) en lits maisons de repos et de soins (MRS) et enfin, l'abrogation du plafond du nombre d'équivalents temps plein concernant le 3^{ème} volet.

LA FACTURATION HOSPITALIÈRE

Comme tous les ans, le groupe de travail « Cellule Tarification » de santhea s'est réuni à plusieurs reprises, notamment en juin 2017, pour aborder les divers thèmes relatifs à la facturation hospitalière. Y ont été discutés les changements de nomenclature et d'application de celle-ci introduits en permanence par les textes légaux préparés au Comité de l'Assurance et à la Commission Informatique de l'INAMI. Ces changements modifient en effet les procédures et les programmes de tarification des institutions hospitalières et cela avec un impact parfois important. Les problèmes concrets de facturation, remontant du terrain, sont aussi abordés, menant le cas échéant à des interpellations de l'INAMI.

CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS : MISE EN LIGNE DU RAPPORT INDIVIDUEL

A l'occasion du calcul du forfait Pharmacie 2017 par l'INAMI, nous avons mis à disposition des membres de santhea un nouveau reporting concernant la consommation des médicaments. Celui-ci est individuel et ne comporte dès lors

pas de comparaisons interhospitalières. Cependant, il offre la possibilité de se comparer à l'échantillon santhea et au niveau national pour toute une série d'indicateurs : dépenses, dépenses par 100 séjours, dépenses par 100 séjours concernés, proportion de séjours concernés, etc. Les ventilations proposées (hiérarchie des codes ATC-CNK et MDC-DRG-SI) permettent d'aller très loin dans le détail des analyses.

FINANCEMENT DE LA DIALYSE

Une nouvelle convention relative au financement de la dialyse devait être signée entre chaque hôpital et l'INAMI pour le 1^{er} janvier 2018. Différents acteurs de la plateforme fédérale pour l'hémodialyse voulaient que celle-ci prévoie une sanction pour les hôpitaux qui n'auraient pas atteint les 40% de formes alternatives de dialyse en 2017. Différentes propositions ont été discutées, notamment par rapport au moment du calcul du taux, à la façon de le calculer et aux montants du « malus ». En outre, la nouvelle convention devra fixer les montants que l'hôpital devra payer pour la rémunération du déplacement et de l'assistance de l'infirmier à domicile. La convention devra être conclue pour une période de 3 ans. Deux autres nouveaux éléments y seront inscrits : la dialyse de nuit débutera dorénavant à 17h et l'« hémodialyse self-care » sera ajoutée aux différents types de dialyse. Dans cette dernière, le patient exécute une hémodialyse de manière



autonome (sans aucune forme de surveillance ou de soutien), en faisant usage des équipements d'hémodialyse du centre/service d'autodialyse.

FOCUS «MONTANTS DE RÉFÉRENCE : ÉVOLUTION DES PRATIQUES?»

Santhea offre à ses membres, depuis plusieurs années, un reporting SharePoint en ligne consacré au système des montants de référence. Vu l'intérêt manifesté par nos membres à cet égard, une micro-étude « Focus » y a été consacrée. Celle-ci a permis de révéler une diminution globale du nombre de prestations (concernées par le système) par 100 séjours et des différences marquées entre institutions au niveau des différents groupes de prestations. Une série d'études de cas particuliers a également été présentée en sélectionnant systématiquement des prestations pertinentes pour chacun des APR-DRG investigués, avec une attention particulière sur les accouchements par voie basse par rapport à ceux réalisés par césarienne.

SATISFACTION PATIENTS : BENCHMARKING INTERHOSPITALIER « CONSULTATIONS »

Les consultations représentant une partie importante de l'activité des institutions de soins, il était pertinent de consacrer un questionnaire à ce domaine dans notre enquête Satisfaction Patients. Il n'existait cependant pas encore de rapport en ligne anonyme de benchmarking relatif à ce questionnaire, les résultats étant renvoyés sous forme d'un fichier Excel. Vu la diversité rencontrée dans la dénomination des différents services de consultation des hôpitaux participants, la première étape pour la mise en place d'un tel rapport a été de définir les huit types de consultations communément les plus représentés (cardiologie, dermatologie, gastroentérologie, ...) dans le but de leur fournir une catégorie propre tout en regroupant les autres dans une catégorie unique. S'agissant de consultations, il est désormais possible pour les utilisateurs de comparer leurs résultats sur des éléments spécifiques tels que le respect de l'heure fixée pour le rendez-vous ou l'appréciation de la qualité de la salle d'attente.

JOURNÉES D'ETUDES SANTHEA 2017

Au mois de juin 2017 se sont tenues nos traditionnelles journées d'études. Le jeudi, nous avons abordé le thème de l'évolution du secteur des soins de santé via la question des réseaux et des groupements. Les expériences canadienne, française et luxembourgeoise ont, notamment, été évoquées. Le vendredi a quant à lui mis en avant les innovations technologiques dans la prise en charge des patients.

CFEH : PROGRAMMATION DU PET-SCAN

Le Conseil Fédéral des Etablissements Hospitaliers a émis le 8 juin un avis divisé quant à la proposition de la Ministre visant à prévoir une exception aux règles de programmation du Pet-scan pour la Province du Luxembourg, peu densément peuplée et faiblement pourvue en offre de soins de ce type. Les partisans de cette exception, parmi lesquels santhea, visent à permettre à un service de médecine nucléaire d'exploiter deux Pet-scans sur deux sites différents (avec un même numéro d'agrément) tout en garantissant l'indispensable neutralité budgétaire. Le système de programmation de l'imagerie médicale d'un point de vue général, a d'autre part atteint ses limites : il y a lieu de concevoir un instrument, développé dans une perspective médicale permettant, de manière anticipée, d'évaluer les besoins futurs en équipements dans les cinq ans à venir, avec une approche plus globale du financement.

CFEH : OFFRE DE PROTONTHÉRAPIE

Faisant suite à la demande d'avis de la Ministre sur l'opportunité de prévoir une offre de protonthérapie pour des indications oncologiques en Belgique, sur ses conditions d'exploitation ainsi que sur sa programmation, le CFEH a constaté dans son avis du 8 juin, que deux centres sont déjà de facto en création dans le pays. Le CFEH a insisté sur la nécessité de concertation et de collaboration : la protonthérapie doit être dispensée dans un contexte de collaboration intégrée et de partage d'expertise avec entre autres un service de radiothérapie. Le CFEH a également pointé que le coût ne peut excéder le coût moyen d'un traitement à l'étranger. Il est important de ne pas dissocier les activités de soins et de recherche clinique, d'intégrer un centre de protonthérapie dans un réseau d'hôpitaux afin de construire l'expertise qui aujourd'hui n'est pas présente en Belgique et de tenir compte de l'évolution des indications futures. Certains estimaient que les besoins actuels sont rencontrés et qu'un seul centre suffit, même avec un élargissement futur des indications. D'autres, parmi lesquels santhea, estimaient qu'avec une seule chambre de traitement, la Belgique ferait partie des pays les moins bien équipés en protonthérapie en Europe et que, compte tenu de l'élargissement futur des indications validées et des activités de recherche clinique, deux centres sont à prévoir.

CFEH : FINANCEMENT DES SOINS DE BASSE VARIABILITÉ

Le groupe de travail mixte du CFEH et de la Commission de Convention Hôpitaux – Organismes Assureurs de l'INAMI constitué en vue d'examiner le nouveau financement « soins de basse variabilité » s'est réuni pour la première fois le 13 juin et a reçu de la part des interlocuteurs concernés à l'INAMI et au SPF un certain nombre de réponses. Santhea a participé activement à ce groupe de travail et y a répercuté en particulier la liste des questions et préoccupations de ses membres.

FINANCEMENT DE L'IMPLÉMENTATION DE L'IF-IC DANS LES HÔPITAUX PRIVÉS

Les fédérations hospitalières, parmi lesquelles santhea, ont poursuivi leurs réunions en juin concernant les problèmes techniques à résoudre en matière de financement pour l'implémentation de l'IF-IC dans les hôpitaux privés, en particulier en ce qui concerne le financement concret envisageable dans le BMF.



JUILLET/AOÛT

PRESCRIPTION
ÉLECTRONIQUE

NOMENCLATURE

SNOMED CT

BASE DE
DONNÉES AÎNÉS

COORDINATION
DU BMF

E-SANTÉ : PRESCRIPTION ÉLECTRONIQUE

L'année 2017 aura vu la finalisation de la mise en place du point d'action 4 du plan e-health concernant la prescription électronique. À l'origine, elle devait devenir obligatoire pour tous les prestataires de soins au 1^{er} janvier 2018. Pour nombre de raisons pratiques cette échéance a été repoussée au 1^{er} juin 2018, et ne sera de toute façon pas d'application pour les prescripteurs âgés de 62 ans à cette date et pour les prescriptions faites lors de la visite d'un patient à domicile ou dans une institution. Comme le logiciel Recip-e, permettant d'établir les prescriptions électroniques, ne fonctionne que s'il est couplé à la gestion du Dossier Médical Informatisé (DMI), sa généralisation à tous les praticiens reste problématique. C'est pourquoi l'INAMI a mis à la disposition des prestataires concernés une autre application, baptisée PARIS, permettant de prescrire électroniquement sans disposer d'un accès au DMI. Toutefois, dans un premier temps, PARIS n'est utilisable que par les prescripteurs détenteurs d'un certificat e-health.

RADIOTHÉRAPIE, ÉCHOGRAPHIE ET IMAGERIE MÉDICALE : MODIFICATIONS DE LA NOMENCLATURE

Trois arrêtés royaux prenant effet au 1^{er} août 2017 ont modifié la nomenclature des prestations de radiothérapie, d'échographie et d'imagerie médicale. Dans les deux premiers cas, il s'agissait de mesures d'économie via des réductions d'honoraires, d'indemnité de prestation ou d'interdiction de cumul. Pour l'imagerie médicale, il s'agissait de tenir compte de l'utilisation de plus en plus fréquente du «Cone-beam» CT en lieu et place du CT classique, spécialement pour des indications dentaires ou stomatologiques. Le besoin d'instaurer une nomenclature spécifique pour les examens Cone-Beam s'est avéré nécessaire, spécialement afin d'éviter qu'un glissement indésirable ne se produise en pratique du «Cone-beam» CT au CT, allant à l'encontre des actions de protection contre les irradiations soutenues par la Société de Radiologie.

ADOPTION DE LA LOI PORTANT DES DISPOSITIONS DIVERSES EN MATIÈRE DE SANTÉ

Le milieu d'année civile rime généralement avec le dépôt et l'adoption de projets et propositions de lois qui contiennent des dispositions touchant plusieurs domaines. Il s'agit de lois-programmes ou lois portant dispositions diverses. En août 2017, c'est une loi portant dispositions diverses en matière de santé qui est adoptée. Celle-ci contenait notamment des dispositions relatives à un nouveau processus de programmation et de réseaux entre hôpitaux afin de stimuler la collaboration entre ces derniers. Ces nouvelles dispositions mettent l'accent sur la nécessité d'établir les critères de programmation par le biais d'un processus transparent, scientifiquement fondé et dépolitisé. Ils doivent également être de nature évolutive et proactive. Les modifications apportées aux formalités et procédures de fixation des critères de programmation s'inscrivent dans une réforme détaillée du paysage hospitalier, afin que la réforme se déroule de manière efficace et transparente. Une particularité cependant : ces dispositions ne seront en vigueur que pendant la durée de la législature.

DÉVELOPPEMENT DE LA BASE DE DONNÉES « AÎNÉS »

L'évolution démographique dans un contexte de raccourcissement des phases aigües et de développement de l'extra-muros et des structures d'accueil et d'hébergement des aînés, mais aussi la 6ème réforme de l'Etat ont mis le secteur des maisons de repos sous le feu des projecteurs. Dans ce contexte la volonté de la fédération était de développer l'expertise en matière d'analyse de données et d'indicateurs. Le financement des maisons de repos par l'assurance maladie comporte trois éléments principaux : le forfait journalier INAMI spécifique par résident et par jour, les interventions dans le cadre de l'harmonisation salariale (3ème volet) et dans le cadre du financement des mesures de fin de carrière.

Santhea a constitué une base de données reprenant les chiffres du secteur provenant de l'INAMI, que ce soit les données relatives aux institutions elles-mêmes et leur nombre de lits ou les données relatives au forfait (nombre de journées facturées par catégorie, nombre d'ETP financés et présents et le forfait lui-même). Ce nouveau module ne concerne donc actuellement que les types d'institutions pour lesquelles il y a une intervention de l'INAMI : maisons de repos, maisons de repos et de soins et centres de soins de jour. Nous ne disposons que de chiffres partiels sur les Résidences services et les Centres d'accueil de jour.

Ce module regroupe toutes les données du pays et pas uniquement celles des institutions santhea. Les données sont, en outre, ventilables par région géographique, par entité fédérée, par type d'institution (MR-MRS-CSJ) et par statut (public-associatif-commercial), ce qui permet des comparaisons intéressantes avec l'échantillon santhea, avec les entités régionales ou communautaires, voire même avec une ou plusieurs institution(s) en particulier.

Un outil a par ailleurs été élaboré par nos soins afin de calculer le forfait journalier de manière anticipée et d'évaluer l'impact sur le financement de la maison de repos d'une modification de certains nombres de paramètres comme : une modification du nombre de patients et de leur répartition par degré de dépendance et par type de lits ; une modification du nombre d'ETP par catégorie du personnel et de son ancienneté ; une modification de la structure de lits ; une modification de l'indexation. Une plateforme sécurisée a été mise au point. Elle permettra à chaque institution d'accéder aux résultats de simulations qu'elle souhaiterait obtenir.

FOCUS «SNOMED CT : UNE TERMINOLOGIE INTELLIGENTE POUR LES SOINS DE SANTÉ»

Selon les autorités fédérales, SNOMED CT représente l'une des terminologies cliniques les plus complètes au monde, raison pour laquelle elle occupe une place importante dans le plan e-santé. Fonctionnant sur base de plusieurs dizaines de milliers de concepts regroupés en catégories variées (pathologies, procédures, structures anatomiques, contexte social, environnement, objets physiques, ...) et interconnectés de façon intelligente, ce langage d'un genre nouveau est amené à révolutionner la planification des soins de santé et la recherche scientifique. La façon dont fonctionne la terminologie étant relativement complexe pour les non-initiés, santhea s'est penchée sur la réalisation d'un Focus visant à démystifier SNOMED CT. Fonctionnant sur base d'exemples concrets d'arborescences de concepts, cette publication offre une vue simple et pratique sur un sujet bientôt au cœur de l'actualité médicale.

COORDINATION DE L'ARRÊTÉ ROYAL BUDGET DES MOYENS FINANCIERS AU 1ER JUILLET 2017

Le 3 juillet, santhea a publié à destination de ses membres, une première coordination de l'AR BMF au 1^{er} juillet 2017 et sa note explicative. Les modalités de calcul du BMF en vigueur au 1^{er} juillet feront en effet l'objet de deux trains de

modifications figurant dans deux publications successives au Moniteur belge. Ce premier train de modifications concernait : une réduction progressive du financement en sous-partie B2 des lits d'hospitalisation partielle de psychiatrie en hôpital aigu pour les ramener à leur norme d'encadrement, le passage de la part des points supplémentaires RIM / NRG de 30% à 50% sur base des NRG en sous-partie B2, avec maintien de la marge d'oscillation maximale de +/- 0,04 point par lit, la prise en considération des seuls patients OA pour les prestations de neurochirurgie intervenant dans l'octroi des salles de quartier opératoire disponibles en permanence en sous-partie B2, le financement à 50% des frais de fonctionnement du second Pet-scan dans les hôpitaux universitaires en sous-partie B3, une adaptation dans le financement de la surveillance des infections nosocomiales en sous-partie B4, plusieurs adaptations dans le financement du Dossier Patient Informatisé en sous-partie B4 (assorties d'une circulaire explicative spécifique du SPF) et une mise à jour de la liste des codes INAMI avec un « temps standard » pour le financement du quartier opératoire en sous-partie B2.

CFEH : SOINS DE BASSE VARIABILITÉ ET LITS PARTIELS DE PSYCHIATRIE

Le groupe de travail mixte du CFEH et de la Commission de Convention Hôpitaux – Organismes Assureurs de l'INAMI relatif au financement des « soins de basse variabilité » a reçu des réponses complémentaires aux questions listées. Compte tenu des informations encore parcellaires à disposition, le groupe de travail a décidé d'attendre de recevoir des éléments techniques plus aboutis et détaillés, en particulier en ce qui concerne la liste précise des groupes de patients visés, avant de poursuivre ses travaux.

L'AR BMF tel que modifié au 1^{er} juillet 2017 imposait à partir de cette date, une diminution progressive en trois ans du financement des lits partiels de psychiatrie aux hôpitaux généraux, de sorte à ramener leur financement à la norme d'agrément. La Ministre a demandé au CFEH de rendre un nouvel avis sur les lits K de jour (K_j) et K de nuit (K_n).

SECONDE COORDINATION DE L'ARRÊTÉ ROYAL BUDGET DES MOYENS FINANCIERS AU 1^{ER} JUILLET 2017

Le 4 août, santhea a publié à destination de ses membres, la seconde coordination de l'AR BMF au 1^{er} juillet 2017 et sa note explicative. Il s'agit du deuxième train de modifications des modalités de calcul du BMF en vigueur au 1^{er} juillet, portant sur : la référence pour le nombre de lits agréés utilisé dans des éléments de la

sous-partie B4, quelques précisions dans le financement de l'hygiène hospitalière en sous-partie B4, une augmentation de l'enveloppe des projets-pilotes de santé mentale en sous-partie B4, une définition claire des Consultations Oncologiques Multidisciplinaires prises en considération en sous-partie B4, un nouvel ajout de codes oubliés dans la liste des codes INAMI avec un « temps standard » pour le financement du quartier opératoire en sous-partie B2 et une nouvelle annexe apportant des modifications importantes dans la détermination des NRG sur base du DI-RHM.

BMF : IMPACT DES MESURES D'ÉCONOMIES 2017

Étant donné la non prise en considération des économies majeures 2017 imposées au secteur par la Ministre De Block dans le BMF que les hôpitaux ont dû de facto continuer d'utiliser et facturer au 1^{er} semestre 2017 (BMF 1^{er} juillet 2016), ce n'est qu'au début du mois d'août 2017, lorsqu'ils se voient notifier leurs BMF 1^{er} juillet 2017 et le détail des calculs au 1^{er} janvier 2017 et au 1^{er} juillet 2017, que les hôpitaux ont ressenti de plein fouet l'impact des mesures d'économies 2017. En effet, le BMF 1^{er} juillet 2017, notifié aux hôpitaux début août 2017, outre qu'il intègre l'impact négatif important des économies, comportait un montant négatif de même valeur en rattrapage C2 pour compenser le trop-perçu au premier semestre 2017. Notons également que, dès leur envoi par le SPF, ce dernier a informé les hôpitaux de ce que les BMF 1^{er} juillet 2017 étaient entachés d'un certain nombre d'erreurs les impactant à tort négativement. L'Administration a annoncé leur correction lors de la notification suivante (janvier 2018). Ce phénomène a encore accentué la chute dramatique de la valeur des BMF 1^{er} juillet 2017 ressentie par les hôpitaux.





SEPTEMBRE

PLAN WALLON DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Santhea a participé au processus de planification opérationnelle du Plan wallon de prévention et de promotion de la santé via des groupes de travail au sein de l'AViQ et ce, sous la supervision de l'École de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles. La proposition de Plan sera finalisée et opérationnalisée par l'AViQ en 2018.

HÔPITAUX WALLONS : PROCÉDURE D'ADOPTION DES PLANS DE CONSTRUCTION

Santhea a participé à plusieurs réunions à l'AViQ centrées sur le mécanisme de financement des infrastructures hospitalières wallonnes, tâche désormais dévolue aux régions. A la fin de l'été, une partie d'un projet d'arrêté du Gouvernement wallon s'attachait à décrire la procédure à suivre en vue d'adopter les nouveaux plans de construction des établissements hospitaliers wallons non universitaires (les universitaires dépendant de la Communauté française). Ces plans seront adoptés par le Gouvernement suivant un cycle de 5 années. L'arrêté précise la façon dont le dossier décrivant le projet de construction devra être constitué et les délais à respecter lors des différentes phases du processus. En attendant la publication de l'arrêté du Gouvernement wallon, les hôpitaux étaient déjà en mesure de préparer, si besoin était, leur dossier de soumission.

COMMISSION FÉDÉRALE « DROITS DU PATIENT »

La Commission fédérale « Droits du patient » a été instituée au sein du Service Public Fédéral de la Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. Cette commission collecte les informations concernant les matières



relatives aux droits du patient, formule des avis à l'intention de la Ministre, évalue l'application de la loi et l'exercice des fonctions de médiateur et formule des recommandations à cet égard. Santhea y participe en tant que représentant des hôpitaux. La définition du « dossier patient », son contenu, sa conservation - en ce compris sa durée - ainsi que l'accès au dossier furent les thématiques abordées dans l'avis rendu par la Commission en 2017. Celui-ci a été publié sur le site internet du Service Public Fédéral Santé publique.

MODIFICATIONS DE L'AR BMF RELATIVES AUX PANSEMENTS ACTIFS

Nouveau rebondissement dans la longue saga du financement des pansements actifs : début 2017, le Gouvernement fédéral avait supprimé les moyens supplémentaires alloués aux pansements actifs, sous prétexte d'un double financement. La Ministre de la Santé publique visait ainsi à les mettre spécifiquement à charge du BMF des hôpitaux au travers de la modification de l'article 13 de l'AR BMF et sollicitait à cet effet l'avis du CFEH. Le long débat relatif au manque ou à l'absence de financement des pansements actifs fut ainsi relancé.

LECTURE OBLIGATOIRE D'UN DOCUMENT D'IDENTITÉ DANS LES HÔPITAUX

Trois réunions du groupe de travail mixte *Commission des conventions Hôpitaux-OA* et *Commission Informatique* ont eu lieu en 2017 à l'INAMI pour discuter des modalités d'implémentation de l'obligation de lire un document d'identité lors

de l'application du tiers-payant électronique (y compris pour une consultation ou une analyse de biologie clinique). En fin d'année 2017, on a constaté que certains aspects pratiques étaient « réglés », comme par exemple le fait que cette lecture obligatoire ne sera demandée qu'une fois par trimestre en cas de traitements récurrents (exemple : chimiothérapie) ou qu'une seule fois par jour en cas de multiples consultations en ambulatoire. Certaines exceptions ont également été définies : l'identité du patient ne devra pas être vérifiée lorsque le patient est un bébé de moins de 3 mois, lorsque le patient dispose d'une carte européenne d'assurance maladie ou d'un formulaire S2, lorsque des forfaits sont attestés dans le cadre de la rééducation fonctionnelle ou pour l'alimentation parentérale à domicile. Cependant, de nombreuses interrogations restent encore en suspens. Une phase de test d'un an devrait, dans tous les cas, précéder la mise en place effective du système.

E-SANTÉ : UN OUTIL EN LIGNE POUR L'ACCÈS AUX DONNÉES PAR LE PATIENT

Le point d'action 10 du plan e-santé concerne la mise en place d'un accès en ligne pour les patients à leurs données de santé (les représentants, personnes de confiance et parents vis-à-vis de leurs enfants étant également directement concernés par cet accès). En sa qualité de fédération d'institutions de soins et étant donnée l'interconnectivité des différents points du plan e-santé, santhea a participé aux réunions de présentation et de discussion du projet de développement d'un outil permettant de remplir les objectifs du point d'action 10. Celui-ci devrait être disponible via www.masante.belgique.be avant la fin du premier quadrimestre 2018 selon les responsables du projet.

CERTIFICATION DPO-DATA PROTECTION INSTITUTE

Vu l'obligation pour santhea de disposer d'un délégué à la protection des données (DPO - Data Protection Officer), deux membres de l'équipe ont été amenés à suivre une formation certifiante intensive d'une semaine et sanctionnée par un examen auprès des spécialistes du Data Protection Institute. La fédération a ainsi disposé de deux premiers collaborateurs ayant assimilé avec succès les connaissances en droit, confidentialité et protection des données nécessaires pour l'exercice de la fonction de DPO, facilitant ce faisant sa mise en conformité au RGPD tout en élargissant les services rendus à ses membres.

PROTECTION DES DONNÉES : L'APPLICATION DU RGPD DANS LES INSTITUTIONS DE SOINS DE SANTÉ

La mise en conformité obligatoire des institutions de soins au RGPD représente un projet d'une complexité et d'un coût élevés, ne fût-ce que par l'adjonction des services d'un délégué à la protection des données (Data Protection Officer – DPO) et la mise à niveau des procédures de sécurité et de confidentialité des données à caractère personnel (celles-ci comprenant notamment toutes les données de santé traitées au quotidien). Dans ce cadre, santhea a participé à un groupe de travail « Protection des données » mis en place dans le but de rendre un avis au Conseil Fédéral des Établissements Hospitaliers sur le type de coordination à mettre place dans le secteur hospitalier et les coûts à supporter, notamment la prévision d'un financement pour la fonction de DPO.

PREMIÈRE RÉUNION DU GROUPE DE TRAVAIL RGPD

Dès septembre, santhea a mis en place un nouveau groupe de travail centré sur le RGPD dans le but d'informer les membres de la fédération sur les obligations qui leurs seront bientôt imposées par le Règlement européen. Outre la mise en place d'un registre des activités de traitement de données à caractère personnel, la désignation d'un DPO et la mise à niveau des procédures de sécurité et de

confidentialité de l'information, les institutions doivent également mettre l'entière responsabilité de leurs contrats, documents de travail et règlements à jour. Il en va par ailleurs de même pour l'information délivrée aux patients et membres du personnel concernant les traitements opérés sur leurs données ainsi que les procédures permettant à ces personnes d'accéder à leurs informations, sous certaines conditions.

BUDGET DES MOYENS FINANCIERS : DES CORRECTIONS ATTENDUES

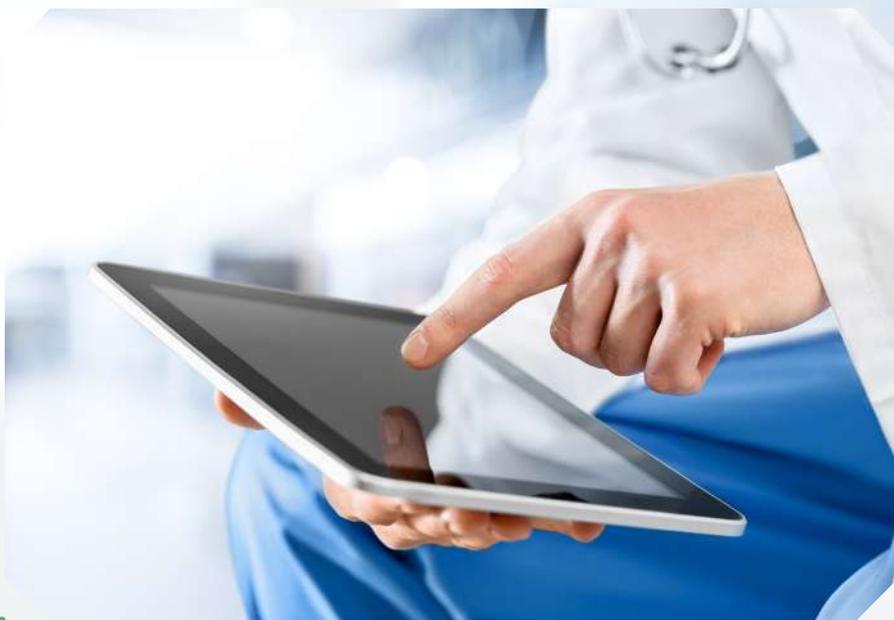
En septembre, il est clairement apparu que les BMF 1^{er} juillet 2017 notifiés aux hôpitaux par le SPF Santé publique comportaient d'autres erreurs pointées par santhea et ses membres, qui conduiront l'Administration à adresser aux hôpitaux des explications relatives à ces erreurs et à en annoncer également la correction dans les BMF notifiés au 1^{er} janvier 2018. En particulier une erreur dans le calcul du financement des urgences accentuait encore – à tort – la lourde perte ressentie liée aux économies introduites tardivement dans le calcul du BMF 1^{er} juillet 2017, avec rattrapage immédiat du 1^{er} semestre.

CFEH : LITS K

Suite à la nouvelle demande d'avis de la Ministre relative aux lits K de jour (K_j) et K de nuit (K_n), un groupe de travail spécifique s'est réuni tout au long du mois de septembre et le CFEH a émis un avis détaillé le 28 septembre, dressant l'historique du financement de ces lits et proposant des principes de base pour leur financement futur, avec une réflexion en trois phases, la première phase visant à stopper immédiatement la diminution de leur financement. Cette phase nécessitait cependant l'injection parallèle de moyens budgétaires de la part de la Ministre fédérale de la Santé publique, afin de ne pas injustement grever le budget du secteur aigu pour financer les lits partiels de psychiatrie, en particulier à l'annonce de l'ouverture d'un nombre non négligeable de nouveaux lits K de jour plus spécifiquement au nord du pays. Santhea fut particulièrement attentive à ce que cet impact ne soit pas négligé.

CFEH : MISSIONS DE SOINS LOCORÉGIONALES ET SUPRARÉGIONALES

En réponse à la demande d'avis de la Ministre relative aux missions de soins locorégionales et suprarégionales dans les réseaux cliniques, le CFEH a réuni un groupe de travail tout au long du mois de septembre et émis son avis le 28 septembre, dans lequel il demandait de laisser la possibilité aux hôpitaux de mettre en œuvre, de manière concertée, qualitative et efficace, les missions de



soins locorégionaux dans le réseau et d'explicitier le rôle des centres universitaires, leurs missions de soins spécifiques et la collaboration entre les différents centres universitaires pour les missions de soins suprarégionales.

La création des réseaux cliniques est-elle en relation directe avec la programmation proposée ? La structure des réseaux s'inscrit dans une optique de durabilité où la collaboration entre les hôpitaux est réglée pour une longue période. La programmation des missions de soins sera sujette à une actualisation régulière dans le futur, compte tenu des évolutions sur le plan de la démographie, de la technologie, des connaissances scientifiques, etc. Pour la programmation des missions de soins, le système doit permettre de réagir rapidement à ces évolutions. La demande d'une forme stable de financement subsiste, de même que celle d'une période transitoire suffisamment longue pour permettre aux hôpitaux d'implémenter les deux missions (la création et le déploiement des réseaux cliniques et la programmation des missions de soins) en leur sein et avec une confiance suffisante. Le CFEH a pointé le risque réel de disparition de certaines missions de soins et insisté auprès du cabinet pour prévoir ici aussi des mesures permettant de soutenir cette transition et pour développer un système de compensations financières. Le CFEH a également demandé avec insistance la levée du moratoire sur la reconversion des lits d'hôpitaux de décembre 2016, obstacle majeur à l'élaboration d'accords au niveau de la concertation entre les hôpitaux dans le cadre des réseaux cliniques locorégionaux.

Le CFEH a aussi insisté sur la nécessité de veiller à des soins accessibles et de qualité. La subdivision présentée des missions de soins devait tenir compte de l'expertise et des investissements qui existaient déjà dans les différents hôpitaux et des flux de patients existants. Un élément préoccupant supplémentaire était la répartition des compétences dans l'ensemble du processus de programmation et d'agrément nécessitant une concertation approfondie entre les différentes autorités.

La « liste indicative » de missions de soins de la Ministre M. De Block était par définition susceptible de modification : il n'est pas évident de conclure des accords entre les hôpitaux d'un réseau lorsque certaines missions de soins peuvent évoluer au cours du temps de locorégionales à suprarégionales et vice versa (plan stratégique de soins pluriannuel organisant l'offre de soins dans le réseau). D'autres mouvements sont simultanément en cours dans le secteur des soins en vue de redessiner le paysage géographique des soins (zones de première ligne, réseaux en soins de santé mentale, ...). Une harmonisation de ces diverses

initiatives est indispensable. L'évolution inhérente à la médecine fait glisser au cours du temps les missions de soins d'un niveau à l'autre : ce qui requiert initialement une approche très exclusive devient progressivement une sorte d'offre de soins de base.

Le Ministre a fixé entre 400.000 à 500.000 la fourchette du nombre de citoyens à inclure dans un réseau, d'où 25 réseaux au total. Le CFEH s'est demandé s'il était nécessaire de déterminer à l'avance le nombre exact de réseaux à créer et a considéré qu'il y avait lieu de partir des évolutions qui se dessinent sur le terrain, en tenant compte des flux de patients. Établir la distinction entre missions locorégionales et suprarégionales en se basant sur les taux d'incidence, de prévalence et les groupes de pathologies était, selon le CFEH, trop réducteur : l'on est confronté dans les soins à une polypathologie, une multi-morbidité et une polypharmacie. Plusieurs critères sont cités dans le rapport KCE 289B en vue d'étayer la subdivision en missions de soins locorégionales ou suprarégionales : degré d'urgence des interventions, intensité en capital (infrastructure ou matériel coûteux), taille et composition du groupe cible de patients, niveau de spécialité et de complexité, disponibilité de personnel, fréquence de l'intervention (par patient) ... Le CFEH a recommandé d'utiliser ces éléments comme guide pour chaque mission de soins reprise sur la liste présentée afin d'aboutir à une subdivision équilibrée. Un facteur complémentaire à prendre en considération est la proximité des soins au citoyen. Des statistiques de population comme seule base pour opérer la distinction entre locorégional et suprarégional sont insuffisantes. Il ne paraît dès lors pas logique d'appliquer une fourchette fixe de volume de population. Le fait que ces zones de collaboration pour couvrir les besoins de la population soient plus petites (se concentrer en premier lieu sur les soins de base avec une bonne collaboration avec la ligne horizontale) ou plus grandes (comme ce sera le cas dans les grandes zones urbaines) a dès lors moins d'importance. En s'accrochant à la fourchette fixe de 400.000 à 500.000 habitants, cette forme logique de collaboration peut être perturbée et davantage de collaborations forcées peuvent être induites.

Une programmation est-elle encore l'instrument approprié pour définir les missions de soins ? Faudrait-il plutôt orienter la réflexion vers le soutien aux programmes de soins et veiller à élucider toutes les imprécisions de terminologie (programmation, agrément) ? L'interaction et la concertation entre les différentes autorités sont également cruciales.

Reprogrammer les 122 missions de soins reprises sur la liste de la Ministre sur une période de sept ans est un objectif très ambitieux, et à baser sur des données scientifiques probantes. Le CFEH a également pointé le contenu technique souvent non uniforme d'une mission de soins : au sein d'une mission de soins donnée, certains éléments peuvent être proposés au niveau locorégional et d'autres aspects de cette même mission de soins doivent plutôt être organisés au niveau suprarégional (radiothérapie par exemple). En appui aux 6 dossiers de programmation prioritaire listés par la Ministre (Maternité, Pédiatrie, Urgences, Soins de l'AVC, radiothérapie, Chirurgie oncologique à faible volume), il convient d'examiner les études disponibles afin de prendre en considération les fondements scientifiques nécessaires. Le CFEH a émis quelques suggestions dans son avis. Il a également listé d'importantes remarques et recommandations pour bon nombre des 122 missions pointées par la Ministre, avec un souhait de rapprocher autant que possible certaines d'entre elles, du patient.

CFEH : RÈGLEMENT GÉNÉRAL SUR LA PROTECTION DES DONNÉES

Le groupe de travail du CFEH relatif au Règlement européen sur la Protection des Données s'est réuni tout au long du mois de septembre et a abouti à l'émission d'un avis par le CFEH le 28 septembre, visant à résumer les points les plus urgents à résoudre en vue de respecter l'échéance très proche du mois de mai 2018 en matière de RGPD.

Le CFEH a invité les fédérations à présenter un seul code et un seul type de documents uniformisés, avec le SPF Santé publique comme coordinateur et le financement de ces travaux via par exemple un contrat avec le SPF Santé publique.

Tous les aspects liés à la sécurité de l'information, à la protection et aux flux de données, devraient être regroupés sous la compétence d'un seul comité, d'autant plus que plusieurs départements de l'institution sont concernés : IT, Legal, HR... Le règlement ne concerne pas uniquement les données du patient/client mais aussi celles des collaborateurs, de tous les prestataires de soins indépendants, des stagiaires, des assistants en formation, etc.

Transposer un règlement dans la pratique suppose la mise en place d'une série de nouveaux éléments non existants, et donc par conséquent un effort financier et organisationnel : une nouvelle fonction supplémentaire et obligatoire de « Data Protection Officer » (1 ETP DPO par hôpital) doit être pourvue et cela a un coût à subsidier dans le cadre du BMF, qui vient s'ajouter aux 0,40 ETP pour le Conseiller

en sécurité, lui-même actuellement non financé. Ces deux fonctions comportent en outre des zones d'incompatibilités de certaines tâches. Le financement est nécessaire tant pour la fonction de Conseiller en sécurité que pour celle de DPO. Un budget sera nécessaire par établissement pour couvrir tous les coûts de l'implémentation et la conformité aux obligations du GDPR : « upgrades », formation, concertation, comité, participation d'autres membres du personnel, consultation externe, coûts supplémentaires pour les fournisseurs ...etc. :

- Chaque institution doit recevoir le financement d'1 ETP « DPO » et de 0,40 ETP « Conseiller en sécurité », et de leurs frais de fonctionnement, en tant que financement de base pour toutes les institutions. De plus, en fonction de la grandeur de l'institution (nombre de lits justifiés, par exemple), un financement complémentaire doit être prévu dans le BMF. Les premières années, il serait préférable d'attribuer un financement complémentaire « one shot » afin de couvrir les coûts de démarrage uniques. Par la suite, les coûts récurrents devraient continuer à être financés.
- À un deuxième niveau, on trouve le coût relatif à l'upgrade du logiciel et à l'amélioration de la sécurisation des systèmes (entre autres via les « pares-feux »).
- Un troisième niveau porte sur le coût afférent à la communication d'informations et à la formation, qui concernent tous les collaborateurs au sein des établissements.
- Un quatrième niveau : coûts supplémentaires au travers de tout l'organisation en conséquence de l'implémentation obligatoire de ce règlement. Les fournisseurs de biens et services, soumis aux mêmes contraintes supplémentaires, coûteront plus chers aux hôpitaux et les possibilités de choix du fournisseur vont s'amenuiser, engendrant une augmentation automatique du prix. Les coûts d'assurance vont aussi augmenter, etc.
- Enfin, afin d'assurer cette coordination à l'échéance de 2018 et après cette date, des moyens complémentaires doivent être prévus afin que le SPF Santé publique puisse exercer cette mission de coordination d'une manière qualitative et afin de financer les coûts collectifs (contrat avec les fédérations).

A court terme, le CFEH a suggéré de créer une Task-Force en soutien de ce processus, dans un premier temps pour faire travailler ensemble fédérations et acteurs en vue de l'élaboration d'un code et d'une série de modèles de documents.

Elle servira aussi de forum où poser ses questions, veillera à mettre à jour de manière continue les informations disponibles à l'attention des établissements, servira de lieu où ces mêmes établissements pourront échanger leurs expériences. La Commission de la vie privée peut y être un partenaire à part entière.

Le CFEH s'est interrogé sur les modalités d'exercice du « droit à l'effacement » / « droit à l'oubli », au regard notamment de la réglementation belge imposant une durée de conservation de 30 ans pour le dossier médical et 10 ans pour les données de facturation et de comptabilité dans la plupart des cas. Une information uniforme pour le pays, après concertation avec les associations de patients mais surtout en collaboration avec la Commission de la Vie Privée est souhaitable et doit être réalisée à court terme. Il serait souhaitable que le SPF prenne ici l'initiative sur la base du travail existant déjà réalisé par les Fédérations.





OCTOBRE



TIERS-PAYANT

DOUBLE
COHORTE

ACTIVITÉ
JUSTIFIÉE

PRIX
D'HÉBERGEMENT

PENSIONS DES
STATUTAIRES

COMMISSION INFORMATIQUE DE L'AVIQ (SECTEUR AÎNÉS)

Cette commission réunit les organismes assureurs, les fédérations représentant les établissements d'accueil et d'hébergement pour aînés et les fonctionnaires de l'AViQ. Au 1^{er} janvier 2019, l'agence assurera la gestion complète du financement des MRPA-MRS-CSJ : forfait, troisième volet et financement des mesures de fin de carrière, etc. Lors de cette première rencontre, nous avons analysé les différents flux entre les MRPA-MRS-CSJ et les organismes assureurs et nous avons également abordé la question de la dématérialisation des échanges.

GROUPE DE TRAVAIL AÎNÉS

La matinée du GT d'octobre était consacrée intégralement à la présentation de la nouvelle réglementation en matière de protection des données (Règlement Général sur la Protection des Données) et ses impacts sur les établissements d'accueil et d'hébergement pour aînés.

SYMPOSIUM « MEDICAL DEVICES IN BELGIUM. WHAT'S UP ? »

Le 24 octobre 2017, santhea a assisté à la journée d'étude organisée par le SPF Santé publique consacrée aux dispositifs médicaux en Belgique, tout particulièrement aux effets de la refonte de la législation européenne sur la gestion hospitalière de ces dispositifs. Le glissement de 3 directives à 2 règlements a un impact immédiat redéfinissant les pratiques des différents acteurs de terrain. Pour les acteurs industriels, une des conséquences a été la signature d'un pacte des technologies médicales passé entre le SPF et BeMedTech représentant de l'industrie des dispositifs

médicaux. Concernant les hôpitaux, citons notamment parmi les effets attendus, l'adaptation aux nouvelles exigences de traçabilité, les obligations concernant la conformité des dispositifs « in house » ou encore celles concernant l'entretien des appareillages.

MODIFICATION DU RÉGIME DU TIERS PAYANT

Un arrêté royal de septembre 2017, entré en vigueur le 15 octobre 2017, visait à clarifier celui du 18 octobre 2015 qui réformait le régime du tiers payant. Le but principal de l'arrêté de 2017 était de mieux structurer le texte de 2015 afin de bien distinguer les trois catégories de tiers payant (obligatoire, facultatif, interdit). D'autres précisions ont été introduites. Ainsi, sont définies les prestations assimilées à une admission à l'hôpital dans le cadre de l'obligation d'appliquer le tiers payant en cas d'hospitalisation. Citons aussi un engagement des bandagistes, orthopédistes, opticiens et acousticiens d'appliquer le tiers payant si le patient le demande ; l'interdiction du tiers payant pour les prestations de logopédie effectuées à l'école et enfin l'élargissement de l'exception à l'interdiction du tiers payant à tous les patients palliatifs (et non plus uniquement, à ceux bénéficiant du forfait palliatif).

GROUPE DE TRAVAIL RESSOURCES HUMAINES – DÉPARTEMENTS INFIRMIERS

Lors de la réunion du groupe de travail Ressources Humaines – Départements Infirmiers qui réunit, depuis le mois de janvier 2016, les directeurs des Ressources Humaines et ceux des Départements Infirmiers des membres affiliés à santhea, les participants ont reçu un aperçu détaillé des dispositions issues de la réforme du droit du travail mise en œuvre par la loi du 5 mars 2017 concernant le travail faisable et maniable. Les dispositions présentées étaient celles en lien avec la réglementation sur le temps de travail et portaient sur les mentions obligatoires dans le Règlement de travail, l'informatisation, la limite interne en matière de temps de travail, les heures supplémentaires volontaires ainsi que les horaires flottants.

DOUBLE COHORTE DE MÉDECINS 2018-2024 : LIVRE VERT DE MAGGIE DE BLOCK

Le Livre Vert de la Ministre fédérale de la Santé publique entend apporter une solution à la question de la double cohorte de médecins et clarifier le modèle de financement des stages, pour lequel il n'existe aujourd'hui aucune uniformité ni transparence. Les réponses apportées par la Ministre au travers de son Livre Vert

semblent susciter plus de questions qu'elles n'en résolvent. On peut effectivement se demander si les pistes envisagées répondent effectivement à la problématique du manque de places de stage. La question fût discutée en GT santhea a suivi la problématique de près.

DÉVELOPPEMENT DU MODULE « ACTIVITÉ JUSTIFIÉE »

Les fichiers d'activité justifiée des hôpitaux sont maintenant injectés dans notre base de données. Il y a d'une part les données concernant les journées justifiées qui proviennent des fichiers associés à la notification du BMF de juillet et d'autre part les données concernant les lits justifiés, fournies annuellement par le SPF. Le travail d'élaboration d'un reporting anonyme sur le sujet est en cours. Celui-ci comporte déjà des statistiques sur les journées justifiées versus les journées facturées, sur les durées moyennes de séjour et sur les valeurs nationales utilisées dans le calcul de l'activité justifiée.

MISE EN PLACE D'UNE « CELLULE RGPD »

Vu la situation délicate des institutions face aux exigences du RGPD et les délais serrés rencontrés dans le cadre de ce projet, santhea a lancé début octobre un tout nouveau projet de Cellule RGPD dont les fonctions seront d'une part de soutenir les institutions au cours de leur processus de mise en conformité (par la réponse aux nombreuses questions, la livraison d'outils et la participation aux comités de pilotage et de direction de chaque institution) et d'autre part d'assurer un rôle continu de DPO externalisé à moindre coût. Les premières étapes du projet ont consisté en l'envoi d'un appel d'offre précédant la rédaction de conventions d'adhésion personnalisées ainsi que la sélection d'un logiciel permettant à la Cellule RGPD de travailler à distance avec les futurs adhérents.

LE RGPD ET LES PLUS PETITES STRUCTURES D'ACCUEIL ET DE SOINS

Les plus petites structures d'accueil et de soins n'échappent pas aux obligations imposées par le RGPD, qui seront les mêmes que pour les hôpitaux. Si la charge en termes de temps sera bien moins sévère pour ces institutions, elles devront cependant mener le projet de conformité à bien avec des ressources financières et humaines parfois très limitées, notamment sur le plan informatique. Dans ce contexte, la Cellule RGPD a organisé une séance d'information à l'attention des petites structures membres de la fédération pour les éclairer en matière de RGPD et les inviter à adhérer - au besoin - à ses services.

CONGRÈS DE L'ISQUA

Rendez-vous international de la Qualité et de la Sécurité, le congrès de l'ISQUA rassemble plus de 1500 participants provenant des quatre coins du monde. Il s'agissait d'une opportunité unique pour santhea de découvrir les dernières tendances et les innovations à tester dans nos institutions !

ASSISES DE LA SANTÉ MENTALE EN WALLONIE

Santhea a coorganisé les premières assises de la santé mentale en Wallonie, dans les locaux de l'AViQ. Les travaux ont permis de présenter les conclusions des groupes de travail de l'organe de concertation sur la réforme de la santé mentale adulte et de recueillir les réactions des acteurs de terrain des différents réseaux.

MAHA 2017 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS FINANCIERS 2016 DES HÔPITAUX GÉNÉRAUX

Santhea a participé le 3 octobre à la présentation MAHA 2017 (résultats financiers 2016 des hôpitaux généraux) organisée par Belfius. Les hôpitaux généraux ont continué à investir en 2016 dans des proportions comparables à 2015, l'investissement se concentrant sur quelques hôpitaux menant des projets de grande envergure. En corollaire à cet effort d'investissement, le recours à l'endettement financier à long terme s'est accru tandis que le niveau d'ancienneté des constructions hospitalières s'est stabilisé. Comme en 2015, la progression du chiffre d'affaires en 2016 est restée très modérée. Cependant, après une maîtrise exceptionnelle des coûts salariaux en 2014 et en 2015, les frais de personnel ont connu en 2016 un taux de croissance marqué, plus élevé que celui du chiffre d'affaires, qui s'explique davantage par une progression du coût moyen salarial que par une croissance du nombre d'ETP. Le résultat courant des hôpitaux généraux a encore diminué de 20%, restant sous la barre de 1% du chiffre d'affaires, ce qui confirme la fragilité financière des institutions. Près de 30% des hôpitaux présentaient un résultat courant déficitaire en 2016, alors même que les importantes mesures d'économies décidées en 2017 n'impactaient pas encore les données.

PRIX D'HÉBERGEMENT POUR LE FINANCEMENT DES INFRASTRUCTURES EN RÉGION WALLONNE

Suite à la publication de l'arrêté du Gouvernement wallon fin septembre 2017 et à l'envoi d'un premier calcul de prix d'hébergement par l'AViQ aux hôpitaux le 15

septembre, santhea a réuni ses membres en groupe de travail début octobre, afin de partager et synthétiser les remarques et réflexions techniques à l'examen de ces calculs supposés traduire dans les faits les dispositions du décret wallon du 9 mars 2017 publié le 3 avril 2017 et de son arrêté d'exécution du 20 juillet 2017 publié le 29 septembre 2017. Santhea a également participé en octobre 2017 à la première réunion d'un groupe de travail d'experts hospitaliers mis en place par l'AViQ dans le cadre du nouveau mécanisme de financement des infrastructures hospitalières. Sa constitution est expressément prévue à l'article 28 de l'arrêté du Gouvernement wallon du 20 juillet 2017. D'autre part, l'article 10 du même arrêté prévoit que les observations émises dans le cadre de la procédure de fixation du prix d'hébergement sont communiquées à ce groupe de travail. Dans le cadre de la fixation du prix d'hébergement 2017 (entretien et remplacement), les hôpitaux ont disposé d'un délai de 30 jours prenant cours le 15 septembre 2017 afin de communiquer leurs remarques à l'Administration. Santhea n'a pas manqué de répercuter au niveau de ce groupe de travail et de l'Administration les nombreuses remarques de fond émises par ses membres à l'examen du calcul du premier prix d'hébergement forfaitaire. Une grande majorité de ces différentes questions devaient encore être éclaircies par le Cabinet de la Ministre Gréoli.

MODALITÉS DE FINANCEMENT DE L'IMPLÉMENTATION DE L'IF-IC DANS LES HÔPITAUX PRIVÉS

Les fédérations hospitalières, parmi lesquelles santhea, se sont à nouveau réunies le 27 octobre pour poursuivre l'examen technique du financement à prévoir dans le BMF pour l'implémentation de l'IF-IC dans les hôpitaux privés.

CFEH : MODIFICATIONS DU BMF

Après plusieurs réunions en groupe de travail dans le courant du mois d'octobre, le CFEH a émis un avis le 26 octobre, en réponse à la demande de la Ministre du 27 septembre relative au BMF au 1^{er} janvier 2018. Le CFEH était d'accord avec un taux d'intérêt provisionnel de 2,68% en sous-partie A2 à condition de réinstaurer la modalité de révision. A cet égard, le CFEH a rappelé les éléments qu'il avait déjà signalés à la Ministre et en particulier que la Ministre n'a jamais demandé formellement l'avis du CFEH au sujet de la suppression de cette modalité de révision. Le pourcentage «P» fixé à l'article 30, §1^{er} de l'AR BMF devait également être augmenté conformément à la proposition formulée dans ce courrier et les avis antérieurs du CFEH.

La Ministre souhaitait par ailleurs modifier le texte de l'AR BMF article 13 pour formaliser que les pansements actifs sont supposés couverts par la sous-partie B2. Or, par pure mesure d'économie, le budget de 4,3 millions d'euros servant à couvrir le coût des pansements actifs pour les patients hospitalisés a été supprimé du BMF depuis le 1^{er} janvier 2017 : plus aucun moyen n'est donc prévu depuis lors dans le BMF pour ce type de matériel. Le CFEH, soutenu totalement par l'ensemble des fédérations hospitalières parmi lesquelles santhea au premier chef, s'est totalement opposé à cette proposition de la Ministre. Afin de trouver une solution durable qui garantira l'accessibilité de ces dispositifs, tant sur le plan médical que financier, pour le patient, le CFEH a proposé de démarrer rapidement une concertation, par exemple au sein du Comité de l'Assurance de l'INAMI, en vue de trouver une solution comparable à celle trouvée il y a quelques années pour les implants. Une règle claire avait en effet pu être élaborée pour ces dispositifs médicaux, précisant pour toutes les parties quels implants sont remboursés, quels implants sont à charge du patient et quels implants l'hôpital doit lui-même couvrir si ses médecins décident de les utiliser. Le CFEH souhaitait également qu'une solution juridique soit apportée à court terme à cette problématique, par une interprétation de l'article 102, 6° de la loi sur les hôpitaux et autres établissements de soins, qui conclurait à l'exclusion de ces dispositifs médicaux du BMF. Concernant une décision de transfert d'un budget du secteur BMF vers le secteur INAMI, le CFEH a considéré qu'il n'est pas logique que des budgets non utilisés soient retirés du BMF afin de financer de nouvelles initiatives à l'INAMI, alors que le BMF est actuellement sous-financé structurellement et que certains besoins primordiaux ne sont pas rencontrés.

CFEH : COTISATIONS DE PENSION DU PERSONNEL STATUTAIRE.

Le CFEH a rendu un avis divisé le 26 octobre concernant la répartition du budget supplémentaire issu du Tax-shift injecté en sous-partie B4 du BMF en tant qu'intervention dans le coût des cotisations de pension du personnel statutaire. Le CFEH a été informé le 26 octobre par l'Administration de la probabilité de l'annulation des dispositions relatives au Tax shift 2016, contenues dans l'arrêté du 3 octobre 2016, et des impacts possibles concernant les exercices 2016 et 2017. Le CFEH a considéré comme indispensable de trouver des solutions afin que les budgets de 2016 et 2017 ne soient pas perdus (en cas d'annulation des dispositions de l'arrêté du 3 octobre 2016), par exemple via la piste d'un arrêté de réparation. En ce qui concerne 2018, le CFEH s'est prononcé de façon divisée quant à la répartition

du budget de 15,724 millions €: une partie des membres suivaient la proposition de la Ministre, à savoir une répartition en fonction de la seule cotisation de responsabilisation et moyennant l'interdiction d'augmenter le nombre d'ETP statutaires, une autre partie des membres parmi lesquels santhea, proposaient de répartir ce montant selon les mêmes règles que les budgets injectés entre 2012 et 2014 dont la répartition est actualisée chaque année au prorata de l'ensemble de la cotisation (base et responsabilisation). L'ensemble du CFEH a cependant rappelé le besoin de financer le deuxième pilier de pensions pour les travailleurs du secteur privé et les contractuels du secteur public, et souligné par ailleurs que la problématique des pensions ne concerne pas uniquement les hôpitaux ou le secteur des soins de santé: il importe que des réflexions fondamentales soient menées et des solutions structurelles, générales et acceptables soient trouvées à un autre niveau du pouvoir et pour l'ensemble de la population.

CFEH : DOSSIER PATIENT INFORMATISÉ

Le 26 octobre également, le CFEH a émis un avis important relatif au DPI dans les hôpitaux, faisant suite à la demande de la Ministre lui soumettant, entre autres un projet d'arrêté ministériel détaillé pour l'octroi du budget « Early Adopters », et de nouvelles règles pour l'octroi du budget « Accélérateur ». Santhea après



avoir collecté les avis de ses membres par rapport à la faisabilité des propositions avancées par la Ministre a grandement contribué à la rédaction de cet avis, en répercutant les préoccupations légitimes de ses membres. Les hôpitaux ont été informés officiellement du Belgian Meaningful Use Criteria (BMUC) en 2016 par voie de circulaire, qui se référait à un manuel annexé à l'époque, et qui reste à ce jour la référence officielle pour les hôpitaux et leurs fournisseurs. Toute nouvelle orientation ou re-précision des éléments contenus dans ces documents constitue nécessairement une modification des règles du jeu en cours de route, qui nécessite une adaptation des hôpitaux mais aussi de leurs fournisseurs dont ils sont totalement dépendants. Le CFEH a aussi insisté sur l'important constat que les autorités ont largement atteint leur objectif à court terme, à savoir la création d'une dynamique sectorielle en vue de la création de DPI intégrés performants. Le calendrier global imposé aux hôpitaux reste trop ambitieux voire irréaliste. De nombreux hôpitaux seront en 2019 en pleine implémentation de leur DPI. Pour la plupart, ils n'ont pas choisi le timing : ils dépendent de leurs fournisseurs et, le cas échéant, de leurs partenaires de réseau. Le sous-financement significatif de l'ICT au sein des hôpitaux est une raison supplémentaire pour fixer des objectifs basés sur le BMUC de façon aussi réaliste que possible, s'appuyant sur le financement basé à la fois sur le BMUC, mais aussi sur la réalité du terrain et notamment de la dépendance des hôpitaux aux fournisseurs et réseaux en ce qui concerne les choix de priorités et l'implémentation. Il convient de rester raisonnable, tant pour le travail de reporting à fournir par les hôpitaux que pour le travail de contrôle à fournir par le SPF : on parle d'un budget limité à répartir et les hôpitaux ont de facto déjà fait du DPI une de leurs priorités majeures, malgré un large sous-financement. Pour l'Accélérateur au 1^{er} juillet 2018, le CFEH a proposé d'octroyer la totalité de ce financement au prorata des lits justifiés et à la seule condition de base déjà prévue dans l'AR BMF, à savoir avoir déterminé, au 1^{er} janvier 2018, une date de mise en œuvre de son DPI intégré et avoir établi une feuille de route indiquant les dates d'implémentation des 15 fonctionnalités de base décrites dans le BMUC, sans lier à ce stade le financement à un quelconque prorata d'atteinte de ces 15 fonctionnalités. Il a suggéré d'ajouter, en ce qui concerne la feuille de route, un engagement écrit du Conseil d'Administration et un avis positif du Conseil Médical. Les membres du CFEH ont souhaité non seulement garantir la motivation des hôpitaux individuels à investir dans l'ICT, mais également éviter que la divergence entre les différents hôpitaux ne devienne trop importante. Compte tenu de l'existence de coûts fixes indépendants de la taille de l'hôpital

à côté des coûts variables, le CFEH a proposé de maintenir le niveau du socle par hôpital à son niveau de 2017, à savoir 15% du budget, de ne pas le diminuer au fil du temps, de maintenir en parallèle le budget des Early Adopters également à son niveau de 2017, à savoir 5% du budget, et de ne pas l'augmenter au fil du temps. En effet, en consacrant une partie croissante des moyens aux Early Adopters, le système tend à accroître la fracture numérique entre les hôpitaux au lieu de la combler. Il était aussi d'avis de fixer un plafond maximal de budget Early Adopter par hôpital.

Le CFEH a considéré qu'il convient de se baser sur les mêmes critères BMUC, tant pour les Early Adopters que pour l'Accélérateur. Il a fait à cet égard une proposition innovante et constructive pour l'utilisation du budget 2017 « Early Adopters » : un appel à destination de tous les hôpitaux volontaires au mesurage des critères, qui fourniraient leurs données-tests de mesurage des critères, et ce indépendamment d'un « score » ou « seuil » atteint. L'objectif visé était le dépouillement par un Comité d'experts BMUC sous l'égide du CFEH, de toutes les informations reçues de la part des hôpitaux volontaires et la détermination par ce comité BMUC de critères valables pour l'octroi du budget accélérateur 2019 et du budget Early Adopters 2018 sur base des conclusions tirées de cette phase test de mesurage.

Les critères ne sont pas du tout connus aujourd'hui, a fortiori les modalités de mesure non plus, et le CFEH et les experts se sont même interrogés sur la possibilité de mesurer les critères et sur la nécessité de procéder à ces mesurages dès lors que le cadre doit rester souple par définition même du BMUC. Les experts ont souligné en particulier l'absence de définition technique possible exhaustive pour le mot « intégré », ce qui a précisément conduit à passer par un système BMUC qui doit rester souple dans la façon de juger que l'objectif d'implémentation d'un DPI est bien atteint.

NOVEMBRE

GREEN
HEALTHCARE

FORFAIT
INAMI MR(S)

MONTANT
GLOBAL
PROSPECTIF

RÉSEAUX
DE SANTÉ
MENTALE

DATAWAREHOUSE

MODULE DE FINANCEMENT INAMI ET BASE DE DONNÉES « ACCUEIL ET HÉBERGEMENT DES PERSONNES ÂGÉES »

Lors d'une matinée d'information, santhea a présenté aux gestionnaires d'établissement d'accueil et d'hébergement des aînés les développements réalisés par notre fédération concernant l'élaboration d'une base de données « accueil et hébergement des personnes âgées » et un outil de soutien pour la gestion du financement (forfait INAMI) des maisons de repos.

FOCUS SUR LES STRUCTURES AÎNÉES

Un premier Focus concernant les maisons de repos affiliées chez santhea a été diffusé. Dans celui-ci, les chiffres santhea ont souvent été comparés à ceux des entités régionales et communautaires. L'objectif de cette publication consistait à montrer quels chiffres et quels indicateurs sont maintenant disponibles dans notre base de données. Quatre constats sont présentés. Ceux-ci sont relatifs aux profils de dépendance, à l'évolution des forfaits moyens, à la proportion de personnel financé et aux taux d'occupation.

RAPPORT RELATIF AU FINANCEMENT FORFAITAIRE DU CLUSTER BASSE VARIABILITÉ

L'INAMI a transmis aux hôpitaux un package d'informations provisoires comprenant plusieurs fichiers nationaux (définitions des groupes, montants globaux associés, répartition entre prestataires, etc.) et un fichier de simulation, unique par hôpital, qui compare les résultats du système actuel à ceux découlant de la mise en place du montant global prospectif. Grâce à ce dernier fichier, récolté auprès de tous nos membres, nous avons pu réaliser une série d'analyses chiffrées. Le rapport diffusé sur le sujet reprend les constats principaux valables au niveau de l'échantillon santhea.



INAMI: « PROJECTING MEDICAL SPENDING »

Selon l'INAMI, près d'un tiers des dépenses sociales belges en 2015 étaient consacrées aux soins de santé. Vu l'importance du phénomène, celui-ci s'est penché avec le Bureau Fédéral du Plan sur le développement d'un outil de prévisions statistiques. Baptisé PROMES pour « PROjecting MEDical Spending », celui-ci fournit précisément une projection des dépenses en soins de santé pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (SSI) en se basant sur le lien entre la consommation de soins et les caractéristiques du patient tout en intégrant la possibilité de simuler les effets de mesures de politiques publiques.

PROJET « TOGETHER FOR GREEN HEALTHCARE »

Suite à l'appel à candidatures lancé par Bruxelles Environnement à la fin de l'été, santhea a déposé un dossier proposant l'organisation d'activités à destination de ses membres en vue de réduire la consommation énergétique de ceux-ci. Suite à l'obtention du financement, les premières actions seront proposées dans le courant du premier semestre 2018.

RÉFORME DES RÉSEAUX DE SANTÉ MENTALE

Suite à la conférence interministérielle santé, les autorités fédérales ont présenté leurs conclusions sur la réforme des réseaux en Wallonie et à Bruxelles. A cette occasion, les partenaires de terrain ont exprimé leur insatisfaction et leur

frustration de ne pas avoir été entendus par la Ministre fédérale de la Santé publique qui n'a retenu qu'une petite partie des arguments développés par le secteur au sein de groupes de travail. Ils ont rappelé la nécessité de concerter cette réforme avec les acteurs du secteur pour qu'elle reste praticable.

CONCERTATION SOCIALE

Dès signature de l'accord social, plusieurs groupes de travail sont lancés par le cabinet de la Ministre fédérale de la Santé publique pour mettre en œuvre le contenu de ces accords concernant les problématiques suivantes : modernisation des fins de carrières, flexibilisation du temps de travail et vacances annuelles, impact social éventuel de la mise en œuvre des réseaux hospitaliers.

ANALYSES DES SOUS-PARTIES DU BMF 2017

En vue du Comité de Pilotage du DataWarehouse de santhea, programmé pour le 15 décembre, ont été préparées de nombreuses analyses des différentes sous-parties du BMF 1^{er} janvier 2017 (non notifié en janvier aux hôpitaux, mais néanmoins calculé et transmis par l'Administration) et du BMF 1^{er} juillet 2017, par comparaison au BMF 1^{er} juillet 2016.

DÉCEMBRE

BIOSIMILAIRES

LOI-PROGRAMME

BARÈMES
RÉSIDUAIRES

nCPAP

MARCHÉS
PUBLICS DE
MÉDICAMENTS

MARCHÉS PUBLICS DE MÉDICAMENTS, BIOSIMILAIRES ET LIBERTÉ THÉRAPEUTIQUE

Suite à des visites de terrain consacrées à l'utilisation des biosimilaires par les hôpitaux et à des courriers de la Ministre fédérale de la Santé publique constatant que cette utilisation y restait trop faible, santhea a organisé une réunion d'information sur la question et plus largement sur celle des marchés publics de médicaments. L'assistance, composée principalement de pharmaciens d'hôpitaux, a pu bénéficier de l'expérience d'une centrale d'achat en matière de marchés publics et d'un exposé sur les aspects légaux des marchés publics de médicaments présenté par deux juristes experts en la matière. Retenons principalement que si la liberté thérapeutique est consacrée légalement, son exercice ne peut être absolu et contrevenir à la législation en place en matière de marchés publics. Pour ce qui est des biosimilaires et devant la menace de la Ministre de faire éventuellement appel aux autorités de la concurrence pour contrer leur faible utilisation, les pharmaciens hospitaliers ont tenu à réaffirmer qu'ils respectaient bien les procédures en place concernant les marchés publics de médicaments. Nous avons relayé cela à la Ministre.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES APNÉES OBSTRUCTIVES DU SOMMEIL

Après 3 ans de discussion, la nouvelle convention relative au diagnostic et au traitement des apnées du sommeil a été approuvée par le Comité de l'assurance du 4 décembre 2017. Plusieurs modifications importantes y étaient prévues. Relevons parmi celles-ci que désormais tous les centres spécialisés dans les apnées du sommeil sont tenus de proposer non seulement un traitement par nCPAP (« nasal Continuous Positive Airway Pressure ») mais aussi par OAM (Orthèse d'Avancée Mandibulaire). Par ailleurs, un forfait de départ nCPAP de 6 mois, différent du forfait de base, est instauré, ainsi qu'un ticket modérateur pour l'OAM pendant les 6 mois que dure le forfait de départ. Les conditions de formation des prestataires sont précisées et ils sont en outre tenus de suivre au moins 250 patients par an traités par nCPAP.

ou OAM. Les exigences auxquelles doit répondre un appareil nCPAP sont aussi clairement décrites. La convention entrera en application au 1^{er} janvier 2018 en lieu et place de la précédente.

COMMISSION PARITAIRE DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES DE SANTÉ – IMPLÉMENTATION DE LA NOUVELLE CLASSIFICATION DE FONCTIONS IF-IC

Les partenaires sociaux, dont santhea, réunis lors de la Commission Paritaire des Établissements et Services de santé du 11 décembre 2017, ont signé les conventions collectives de travail concernant l'implémentation de la nouvelle classification de fonctions IF-IC. La première convention porte sur les procédures relatives à l'introduction d'une nouvelle classification sectorielle de fonctions et la deuxième porte sur l'introduction d'un nouveau modèle salarial pour les établissements et services du secteur privé des soins de santé.

LOI-PROGRAMME DU 25 DÉCEMBRE 2017

La fin de l'année civile voit aussi, généralement, l'adoption d'une loi-programme portant sur diverses dispositions touchant plusieurs domaines. L'année 2017 n'y a pas dérogé et la loi-programme du 25 décembre 2017 contient son lot de dispositions relatives aux soins de santé. Parmi celles-ci, de nouvelles mesures d'économie : le niveau de facturation des spécialités pharmaceutiques remboursables, délivrées à l'hôpital, pour lequel le système de remboursement de référence est d'application, est diminué de 10% à partir du 1^{er} janvier 2018. De même, une limitation du remboursement des médicaments pour lesquels des génériques sont disponibles aux spécialités les moins chères a également été introduite par le biais de la loi du 25 décembre 2017. Les pourcentages minimums de prescription bon marché sont augmentés pour les spécialistes. Enfin, la mesure 'médicaments biologiques' sera appliquée trimestriellement à partir du 1^{er} janvier 2018. En outre, à cette même date, le pourcentage de la réduction sera porté à 15% (contre 10% auparavant). La mesure 'biocliff' sera également introduite pour les médicaments biologiques.

COMITÉ DE PILOTAGE DU DATAWAREHOUSE

Comme chaque année, le traditionnel comité de pilotage de notre Banque de Données Interhospitalière s'est tenu en décembre. Nous y avons évoqué, notamment, les clusters à basse variabilité, les données aînés ainsi que l'utilisation des données infirmières. En outre, tant les impacts liés à la notification tardive du

calcul du BMF 1^{er} janvier 2017 intégrant les économies importantes imposées au secteur, que ceux liés aux erreurs de calcul dans le BMF 1^{er} juillet 2017, ont fait l'objet d'illustrations et explications.

INTERNÉS PLACÉS DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SOINS

Initiée au sein de la Commission de conventions « Hôpitaux psychiatriques – Organismes assureurs », une nouvelle règle de financement des soins de santé pour les personnes internées placées a été officialisée au travers de la loi-programme du 25 décembre 2017. Ainsi, à partir du 1^{er} janvier 2018, l'assurance obligatoire soins de santé prendra en charge les soins de santé des internés placés selon les règles ordinaires et ce, afin d'assurer un financement uniforme des soins de santé de tous les internés. Il est ainsi mis fin aux conventions existantes sur base de l'article 56 de la loi coordonnée AMI au travers desquelles l'établissement de soins facturait directement les coûts à l'INAMI. Les internés placés auront ainsi droit au paiement des prestations de santé à charge des organismes assureurs. Les soins de santé des internés en centre de psychiatrie légale et des internés séjournant dans une institution relevant de la compétence du SPF Justice ne sont cependant pas concernés par cette réforme.

MONTANTS DE RÉFÉRENCE : MISE À JOUR DES RAPPORTS EN LIGNE

La mise à jour des bases de données et du reporting SharePoint en ligne consacré aux montants de référence a lieu annuellement. Suite à une erreur de l'INAMI ayant mené à la publication de données biaisées, les bases de données et les rapports en ligne de santhea ont dû être modifiés pour prendre en compte la correction de l'INAMI avant la mise à disposition des données 2017 aux membres. Ce contretemps a néanmoins permis aux utilisateurs des rapports de ne pas passer à côté de la réactualisation des données, certains d'entre eux n'ayant en effet apparemment pas pu prendre connaissance de la communication de l'INAMI annonçant la correction, pourtant critique dans certains cas en termes de remboursements.

CONCERTATION SOCIALE : LES BARÈMES DU SECTEUR RÉSIDUAIRE

Lors de la négociation d'une nouvelle convention collective de travail sur la revalorisation des barèmes résiduels, l'enjeu pour santhea était que l'on prenne en compte les avantages sociaux qui avaient été octroyés préalablement par des employeurs. Consolidant ainsi les acquis d'un protocole d'accord signé en mars,

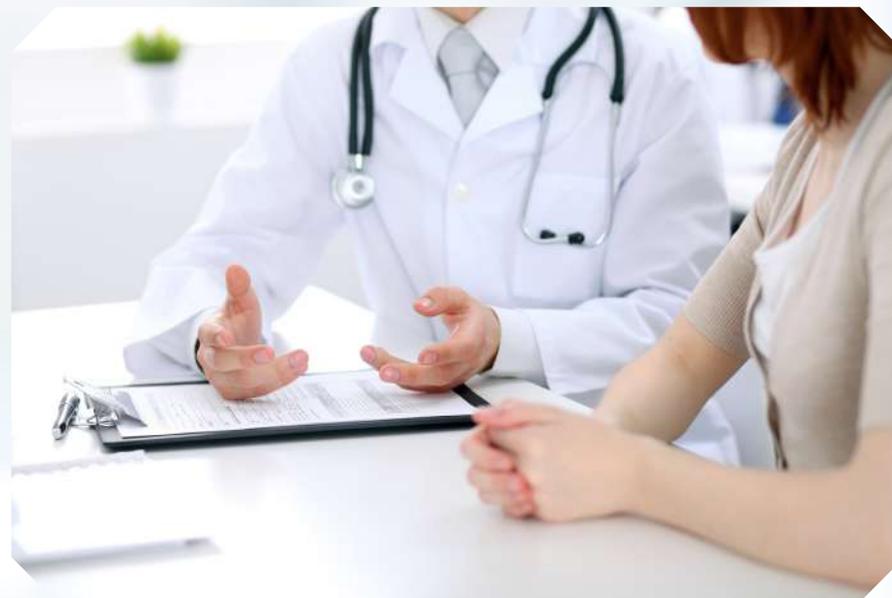
nous obtiendrons d'inclure dans le texte de la CCT une disposition consacrant le principe d'exception aux barèmes sectoriels: il s'agit là de permettre explicitement de déroger aux barèmes fixés dans la CCT pour y inclure des avantages octroyés au préalable, pour autant qu'ils soient validés par la concertation sociale au sein des institutions concernées.

PRIX D'HÉBERGEMENT POUR LE FINANCEMENT DES INFRASTRUCTURES EN RÉGION WALLONNE

Le 4 décembre, lors de la seconde réunion du groupe de travail d'experts hospitaliers mis en place par l'AViQ dans le cadre du nouveau mécanisme de financement des infrastructures hospitalières, auquel santhea participait activement, l'Administration a annoncé son intention de rédiger et publier un FAQ en concertation avec le cabinet de la Ministre wallonne de la Santé, Alda Gréoli, concernant l'ensemble du nouveau mécanisme de financement. L'Administration a également annoncé la rédaction d'un arrêté ministériel pour l'appel à projets relatifs au plan de construction des hôpitaux. L'Administration a également souhaité consulter le groupe de travail quant aux différents types de ratios financiers à prendre en considération dans la priorisation des dossiers dans le cadre du premier plan de construction, calculés à partir des données du cadastre financier renseigné par les hôpitaux, en regard du dossier et de l'historique propre à chaque hôpital : indice de vétusté, ratio de continuité, plan financier, cash-flow prévisionnel (capacité d'autofinancement), évolution de la situation sur plusieurs années (passées et futures), solvabilité,...

CFEH : FORMATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES, PROGRAMME P4Q, LITS K ET ÉCONOMIE DE 2,5 MILLIONS €

Lors de sa séance plénière du 14 décembre, le CFEH a reçu deux demandes d'avis de la Ministre De Block, auxquelles il sera amené à répondre en 2018 : l'une relative à la réforme structurelle concernant la formation des médecins spécialistes et son financement partiel, l'autre relative au BMF au 1er janvier 2018, sur la sous-partie B4 – projets Qualité et Sécurité dans les hôpitaux et sur l'avis du groupe de travail P4Q institué au SPF sur un Programme P4Q 2018. Le CFEH a dès lors décidé de créer deux groupes de travail spécifiques. Celui amené à traiter la demande relative à la qualité, et en particulier le P4Q, tiendra sa première réunion le 21 décembre.



Le CFEH a également reçu une lettre datée du 17 novembre de la Ministre De Block concernant l'avis du CFEH du 28 septembre 2017 relatif au financement des lits K de jour (K_j) et K de nuit (K_n) dans les hôpitaux généraux et psychiatriques, lettre qui amènera le CFEH à réactiver son groupe de travail spécifique en 2018 pour lancer les deuxième et troisième phases annoncées dans son avis de septembre précité.

Enfin, suite à la décision prise fin novembre par la Commission de convention Hôpitaux-Organismes assureurs à l'INAMI, de ne pas réaliser l'économie de 2,5 millions € budgétée pour 2018 sur le budget de l'hôpital de jour mais de proposer de la réaliser sur le BMF, le CFEH, dans un avis d'initiative de décembre a déclaré se rallier à ladite proposition, via une économie sur les montants non consommés relatifs aux projets pilotes à l'article 63 sous-partie B4 du BMF. Il a cependant estimé que le budget des hôpitaux est sous-financé ; que les hôpitaux préfinancent des sommes considérables et que les hôpitaux sont actuellement face à de nombreux défis qui requièrent une stabilité financière, entre autres : la réforme du paysage hospitalier, les investissements dans le DPI et l'instauration de l'IF-IC.



PARTIE 4

Informations pratiques

- 86 Liste des membres
- 94 Liste des membres du Conseil d'administration
- 96 Liste des collaborateurs

santhea



Liste des membres

HÔPITAUX

- 1 Centre de Santé des Fagnes
 - 2 Centre de Soins Saint-Joseph (INAGO)
 - 3 C.H. de Mouscron
 - 4 C.H. du Bois de l'Abbaye
 - 5 C.H. EpiCURA - Ath
 - 6 C.H. EpiCURA - Baudour/Hornu
 - 7 C.H. Le Domaine
 - 8 C.H.R. de Huy
 - 9 C.H.R. de la Haute Senne
 - 10 C.H.R. de La Citadelle
 - 11 C.H.R. du Val de Sambre
 - 12 C.H.R. Namur
 - 13 C.H.R. Verviers East Belgium
 - 14 C.H.U. Brugmann
 - 15 C.H.U. de Liège
 - 16 C.H.U.P.M.B. Ambroise Paré
 - 17 C.H.U.P.M.B. Le Chêne aux Haies
 - 18 C.H.U. Saint-Pierre
 - 19 C.H.U. Tivoli
 - 20 CHwapi
 - 21 Centre Neurologique et de Réadaptation Fonctionnelle
- CHIMAY
MORESNET
MOUSCRON
SERAING
ATH
HORNU
BRAINE-L'ALLEUD
HUY
SOIGNIES
LIEGE
SAMBREVILLE (AUVELAIS)
NAMUR
VERVIERS
BRUXELLES
LIEGE
MONS
MONS
BRUXELLES
LA LOUVIERE
TOURNAI
FRAITURE-EN-CONDROZ

- 22** Clinique André Renard
- 23** Clinique Reine Astrid
- 24** C.R.P. Les Marronniers
- 25** Hôpital Erasme
- 26** Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola
- 27** Hôpitaux IRIS Sud
- 28** I.S.o.S.L. - C.H.P. Petit-Bourgogne
- 29** I.S.o.S.L. - Centre Hospitalier spécialisé L'Accueil
- 30** I.S.o.S.L. - Valdor-Pèrî
- 31** I.S.P.P.C. - Hôpital André Vésale
- 32** I.S.P.P.C. - Hôpital Civil Marie Curie
- 33** Institut Jules Bordet
- 34** L'Equipe
- 35** VIVALIA - Centre Hospitalier de l'Ardenne
- 36** VIVALIA - Cliniques du Sud Luxembourg
- 37** VIVALIA - IFAC
- 38** VIVALIA - Institut Neuro-psychiatrique La Clairière

HERSTAL
MALMEDY
TOURNAI
BRUXELLES
BRUXELLES
BRUXELLES
LIEGE
LIERNEUX
LIEGE
MONTIGNY-LE-TILLEUL
LODELINSART
BRUXELLES
BRUXELLES
LIBRAMONT
ARLON
BASTOGNE
BERTRIX



MR/MRS

- 1 Centre de Réadaptation Heysel-Brugmann (CPAS)
 - 2 Centre de soins Saint-Joseph (INAGO)
 - 3 Domaine des Blés Dorés (ISOSL)
 - 4 Domaine des Riezes et Sarts (ASBL - UNMS)
 - 5 Heureux Séjour (ISPPC)
 - 6 Home de Seny (ASBL)
 - 7 Quiétude (ISPPC)
 - 8 La Bouvière (VIVALIA)
 - 9 La Closière (CPAS)
 - 10 La Maison de Mariemont (ASBL)
 - 11 Le Doux repos (CPAS)
 - 12 Le Grand Pré (CPAS)
 - 13 Le Mont Falise (CHRH)
 - 14 Le Vignoble (CPAS)
 - 15 Les Chardonnerets (CPAS)
 - 16 Les Heures Claires (CAHC)
 - 17 Les Heures Paisibles (INTERSENIORS)
 - 18 Les Jolis Bois (CPAS)
 - 19 Les Jours Paisibles (Solidaris)
 - 20 Les Tournesols (ISOSL)
 - 21 Maison d'Harschamp (CPAS)
 - 22 Maison Vésale (CPAS)
 - 23 Pierre Paulus (ISPPC)
 - 24 Résidence Chantraine (INTERSENIORS)
 - 25 Résidence Comtesse Madeleine d'Oultremont (ASBL)
 - 26 Résidence Dejaifve (AISBS)
 - 27 Résidence Do Grand Fa (CPAS)
 - 28 Résidence Domaine du Château (INTERSENIORS)
 - 29 Résidence du Chemin de Loncin (ISOSL)
 - 30 Résidence Eglantine (INTERSENIORS)
 - 31 Résidence Ferdinand Nicolay (CPAS)
 - 32 Résidence Grandgagnage (CHRH)
 - 33 Résidence Isabelle (CHRH)
- BRUXELLES
MORESNET
VILLERS L'EVEQUE
CUL DES SARTS
COURCELLES
SENY-TINLOT
MONTIGNY-LE-TILLEUL
VIELSAM
SAINT-SERVAIS
MORLANWELZ
MANAGE
WEPION
HUY
BRAINE L'ALLEUD
JAMBES
SPA
WAREMME
SAINT-GEORGES
BAUDOUR
LIEGE
NAMUR
BRUXELLES
CHATELET
SAINT-NICOLAS
GHLIN
FOSSES-LA-VILLE
MALMEDY
FLEMALLE
ANS
SERAING
STAVELT
VILLERS-LE-BOUILLET
AMAY

- 34** Résidence La Barcarolle (CPAS)
 - 35** Résidence Laetare (CPAS)
 - 36** Résidence La Kan (INAGO)
 - 37** Résidence La Lainière (CPAS)
 - 38** Résidence Lambert Wathieu (INTERSENIORS)
 - 39** Résidence Le Centenaire (INTERSENIORS)
 - 40** Résidence Le Chalon (AISHSN)
 - 41** Résidence Le Doux Séjour (ISOSL)
 - 42** Résidence Leonardo Da Vinci (ISOSL)
 - 43** Résidence Léon d'Andrimont (CAHC)
 - 44** Résidence Le Temps des Cerises (AISBS)
 - 45** Résidence Le Tilleul d'Edouard (ISOSL)
 - 46** Résidence Le Touvent (AISHSN)
 - 47** Résidence Les Aubépines (CPAS)
 - 48** Résidence Les Avelines (CHRH)
 - 49** Résidence Les Eglantines (CPAS)
 - 50** Résidence Les Genêts (INTERSENIORS)
 - 51** Résidence Les Jardins d'Elisabeth (CPAS)
 - 52** Résidence Les Orchidées (ISOSL)
 - 53** Résidence Les Prés Brion (CHRH)
 - 54** Résidence Les Saules (ISOSL)
 - 55** Résidence Les Trois Rois (ISOSL)
 - 56** Résidence Les Ursulines (CPAS)
 - 57** Résidence Louis Demeuse (ISOSL)
 - 58** Résidence Philippe Wathelet (CAHC)
 - 59** Résidence Régina (INAGO)
 - 60** Résidence Sainte-Gertrude (CPAS)
 - 61** Résidence Saint-Joseph (CPAS)
 - 62** Résidence Springuel-Hellin (CPAS)
 - 63** Résidence Val des Séniors (VIVALIA)
 - 64** Saint-Antoine (VIVALIA)
 - 65** Sainte-Elisabeth (CPAS)
 - 66** Saint-Joseph (CPAS)
 - 67** Seniorenheim Bütgenbach (VIVIAS)
 - 68** Seniorenheim St. Elisabeth (VIVIAS)
 - 69** Seniorie de Sainte-Ode (VIVALIA)
- STEMBERT
 - LA LOUVIERE
 - AUBEL
 - VERVIERS
 - JEMEPPE
 - OUGREE
 - CHIMAY
 - HERSTAL
 - WELKENRAEDT
 - LIMBOURG
 - BIESME
 - GRIVEGNEE
 - SIVRY
 - HOUDENG GOEGNIES
 - WANZE
 - BRUXELLES
 - OUGREE
 - WAIMES
 - GRIVEGNEE
 - HUY
 - BASSENGE
 - WISE
 - BRUXELLES
 - HERSTAL
 - LA GLEIZE
 - MORESNET
 - BRUXELLES
 - VERVIERS
 - MONTEGNEE
 - CHANLY
 - SAINT-MARD
 - HERVE
 - TEMPLoux
 - BUTGENBACH
 - SAINT-VITH
 - SAINTE-ODE



CAJ/CSJ

- 1 Centre de soins Saint-Joseph (INAGO)
- 2 Domaine des Blés Dorés (ISOSL)
- 3 Espace Marguerite Yourcenar (INTERSENIORS)
- 4 Heureux Séjour (ISPPC)
- 5 La Bouvière (VIVALIA)
- 6 La Cigale (INTERSENIORS)
- 7 La Maison de Mariemont (ASBL)
- 8 Le Grand Pré (CPAS)
- 9 Les Heures Claires (CAHC)
- 10 Les Tournesols (ISOSL)
- 11 Le Vignoble (CPAS)
- 12 Résidence du Chemin de Loncin (ISOSL)
- 13 Résidence Laetare (CPAS)
- 14 Résidence La Kan (INAGO)
- 15 Résidence Le Doux Séjour (ISOSL)
- 16 Résidence Les Aubépines (CPAS)
- 17 Résidence Les Avelines (CHRH)
- 18 Résidence Les Jardins d'Elisabeth (CPAS)
- 19 Résidence Les Trois Rois (ISOSL)
- 20 Résidence Leonardo Da Vinci (ISOSL)
- 21 Résidence Léon d'Andrimont (CAHC)
- 22 Résidence Régina (INAGO)
- 23 Seniorenheim Bütgenbach (VIVIAS)
- 24 Seniorenheim St. Elisabeth (VIVIAS)

MORESNET
VILLERS L'EVEQUE
FLEMALLE
COURCELLES
VIELSAM
WAREMME
MORLANWELZ
WEPION
SPA
LIEGE
BRAINE L'ALLEUD
ANS
LA LOUVIERE
AUBEL
HERSTAL
HOUDENG GOEGNIES
WANZE
WAIMES
VISE
WELKENRAEDT
LIMBOURG
MORESNET
BUTGENBACH
SAINT-VITH

RÉSIDENCES-SERVICES

- 1 Domaine des Blés Dorés (ISOSL)
- 2 Doux repos (CPAS)
- 3 Entour'Age (CPAS)
- 4 La Cité (ISOSL)
- 5 La Maison de Mariemont (ASBL)
- 6 L'Azalée (CPAS)

VILLERS L'EVEQUE
MANAGE
JAMBES
HERSTAL
MORLANWELZ
SAINT-NICOLAS

- 7 Les Alouettes (ISOSL)
- 8 Les Heures Claires (CAHC)
- 9 Les Jolis Bois (CPAS)
- 10 Résidence Bouvière (VIVALIA)
- 11 Résidence du Chemin de Loncin (ISOSL)
- 12 Résidence Laetare (CPAS)
- 13 Résidence Le Chalon (AISHSN)
- 14 Résidence Leonardo Da Vinci (ISOSL)
- 15 Résidence Léon d'Andrimont (CAHC)
- 16 Résidence Les Avelines (CHRH)
- 17 Résidence Les Eglantines (CPAS)
- 18 Résidence des Hauteurs (ISOSL)
- 19 Résidence Les Prés Brion (CHRH)

CONVENTIONS DE REVALIDATION

- 1 Alba (ALISES asbl)
- 2 Centre Psychothérapeutique de Jour (WOPS)
- 3 Centre Psychothérapeutique de Nuit (WOPS)
- 4 Clairs Vallons
- 5 C.L.E.A.N. (ISOSL)
- 6 Diapason (Diapason - Transition asbl)
- 7 Ellipse (ALISES asbl)
- 8 Enaden
- 9 La Fabrique du Pré
- 10 La Pièce (L'Equipe)
- 11 La Traversière
- 12 Le Foyer (L'Equipe)
- 13 Les Hautes Fagnes
- 14 M.A.S.S. de BRUXELLES
- 15 Poliade (CHUPMB)
- 16 Section externat de l'Equipe
- 17 START-MASS (ISOSL)
- 18 Transition (Diapason - Transition asbl)

VISE
 SPA
 SAINT-GEORGES
 VIELSAM
 ANS
 LA LOUVIERE
 CHIMAY
 WELKENRAEDT
 LIMBOURG
 WANZE
 BRUXELLES
 LIEGE
 HUY

LA LOUVIERE
 BRUXELLES
 BRUXELLES
 OTTIGNIES
 LIEGE
 CHARLEROI
 CARNIERE
 BRUXELLES
 NIVELLES
 BRUXELLES
 NIVELLES
 BRUXELLES
 MALMEDY
 BRUXELLES
 GHLIN
 BRUXELLES
 LIEGE
 CHARLEROI



MUTUALITÉS

- | | | |
|---|---|---------------|
| 1 | Mutualité socialiste Solidaris du Brabant Wallon | TUBIZE |
| 2 | Mutualité socialiste Solidaris du Luxembourg | SAINT-HUBERT |
| 3 | Mutualité socialiste Solidaris de Liège | LIEGE |
| 4 | Mutualité socialiste Solidaris de Mons - Wallonie picarde | ATH |
| 5 | Mutualité socialiste Solidaris du Centre, Charleroi et Soignies | CHARLEROI |
| 6 | Mutualité socialiste Solidaris de Namur | SAINT-SERVAIS |
| 7 | Union Nationale des Mutualités Socialistes - Solidaris | BRUXELLES |

SOINS À DOMICILE

- | | | |
|---|-----------------------|-----------|
| 1 | Fédération des C.S.D. | BRUXELLES |
| 2 | Soins à domicile | BRUXELLES |

POLYCLINIQUE

- | | | |
|---|-------------------------------------|-------------|
| 1 | ASBL Centres spécialisés du Hainaut | LA LOUVIERE |
|---|-------------------------------------|-------------|

LABORATOIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE ET D'ANATOMOPATHOLOGIE

- | | | |
|---|-------|-----------|
| 1 | CARAD | HUY |
| 2 | IBC | BRUXELLES |
| 3 | IPG | GOSSELIES |

MÉDECINE DU TRAVAIL

- | | | |
|---|-------------|-----------|
| 1 | SPMT-ARISTA | BRUXELLES |
|---|-------------|-----------|

PETITE ENFANCE

- 1 F.I.L.E.

WAVRE

PLANNING FAMILIAL

- 1 Fédération des centres de planning familial

BRUXELLES

TRANSFUSION SANGUINE

- 1 Croix-Rouge de Belgique - Service du Sang

BRUXELLES

INITIATIVES D'HABITATIONS PROTÉGÉES

- 1 Notre Domaine (C.H. Le Domaine)
- 2 L'Ancre (ALISES asbl)
- 3 Le Relais
- 4 Les Habitations Protégées Liégeoises (ISOSL)

BRAINE-L'ALLEUD
LA LOUVIERE
TOURNAI
LIEGE

MAISONS DE SOINS PSYCHIATRIQUES

- 1 Mozart (CHUPMB)
- 2 Le Hameau (ISOSL)
- 3 La Traversée (CRP Les Marronniers)
- 4 PPH St. Vith (VIVIAS)

MONS
LIERNEUX
TOURNAI
ST VITH

SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Province de Liège :
2 services de Santé mentale (ISOSL)

Province de Namur :
7 services de Santé mentale (Province)



Liste des membres du Conseil d'administration

BUREAU

- Présidente :* C.H.R. La Citadelle représenté par **Lambert Marie-Claire**
- Vice-Présidents :* C.H.U.P.M.B. Ambroise Paré représenté par **Bouchez Chantal**
C.H.U. Tivoli représenté par **Dormont Jean-Claude**
- Secrétaire :* C.H. Le Domaine représenté par **Praet Jean-Claude**
- Trésorier :* C.H.U. du Bois de l'Abbaye représenté par **De Simone Stéphanie**



MEMBRES

ALISES asbl, représentée par **Luisetto Stefan**

APP Sambre & Meuse, représenté par **Notte Dominique**

C.H. de Wallonie-Picardie, représenté par **Varvenne Rudy**

C.H.R. de Huy, représenté par **Ronveaux Jean-François**

C.H.R. de la Haute Senne, représenté par **Lossignol Isabelle**

C.H.R. Verviers East Belgium, représenté par **Stéphane Lefebvre**

C.H.U. Liège, représenté par **Compère Julien**

C.H.U. Saint-Pierre, représenté par **Dusart Michelle**

C.U.B. Erasme représenté par **Johan Kips**

INAGO, représentée par **Kohnen Jean-Marie**

Institut Jules Bordet, représenté par **Rillaerts Stéphane**

Interseniors, représenté par **Crapanzano Laura**

I.S.o.S.L., représenté par **Fievez Eric**

I.S.P.P.C., représenté par **Brichard Sophie**

La Traversière, représentée par **Klein Patricia**

VIVALIA, représenté par **Bernard Yves**

Thielens Dirk

Wéry Etienne

Assistent avec voix consultative

Union Nationale des Mutualités Socialistes (UNMS) - Solidaris représentée par **Laasman Jean-Marc**

Dominique Van de Sype



Liste des collaborateurs

L'équipe de santhea est constituée de
22 collaborateurs apportant une expertise
dans divers domaines

PÔLE CONSEIL



Yves SMEETS
Directeur Général



Valérie VICTOOR
Conseiller général



Sandra BERBION
Responsable secrétariat
et Communication



Martine DUFRASNE
Secrétaire



Emmanuelle CEYSENS
Conseiller hospitalier
et 1^{ère} ligne



Hélène GOOSSENS
Conseiller juridique



Colette JACOB
Conseiller en gestion
hospitalière - Médiatrice
hospitalière



Pierre-Yves LAMBOTTE
Conseiller MR-MRS



Philippe LEJEUNE
Conseiller médical -
Médiation - RGPD



Marina LIETAR
Conseiller économique



Michel PRAET
Conseiller scientifique



Marc XHROUET
Conseiller santé mentale
et concertation sociale

DÉPARTEMENT ETUDES ET QUALITÉ



Denis HERBAUX
Directeur



Nicolas BÖTTCHER
Conseiller –
Coordinateur - RGPD



Jean-François COLET
Coordinateur IT



Philippe COSTARD
Conseiller IT - RGPD



Bertrand DAURIAC
Conseiller juridique - RGPD



Amélie GOOSSENS
Conseiller économique



Patrick HERINCKX
Conseiller Environnement



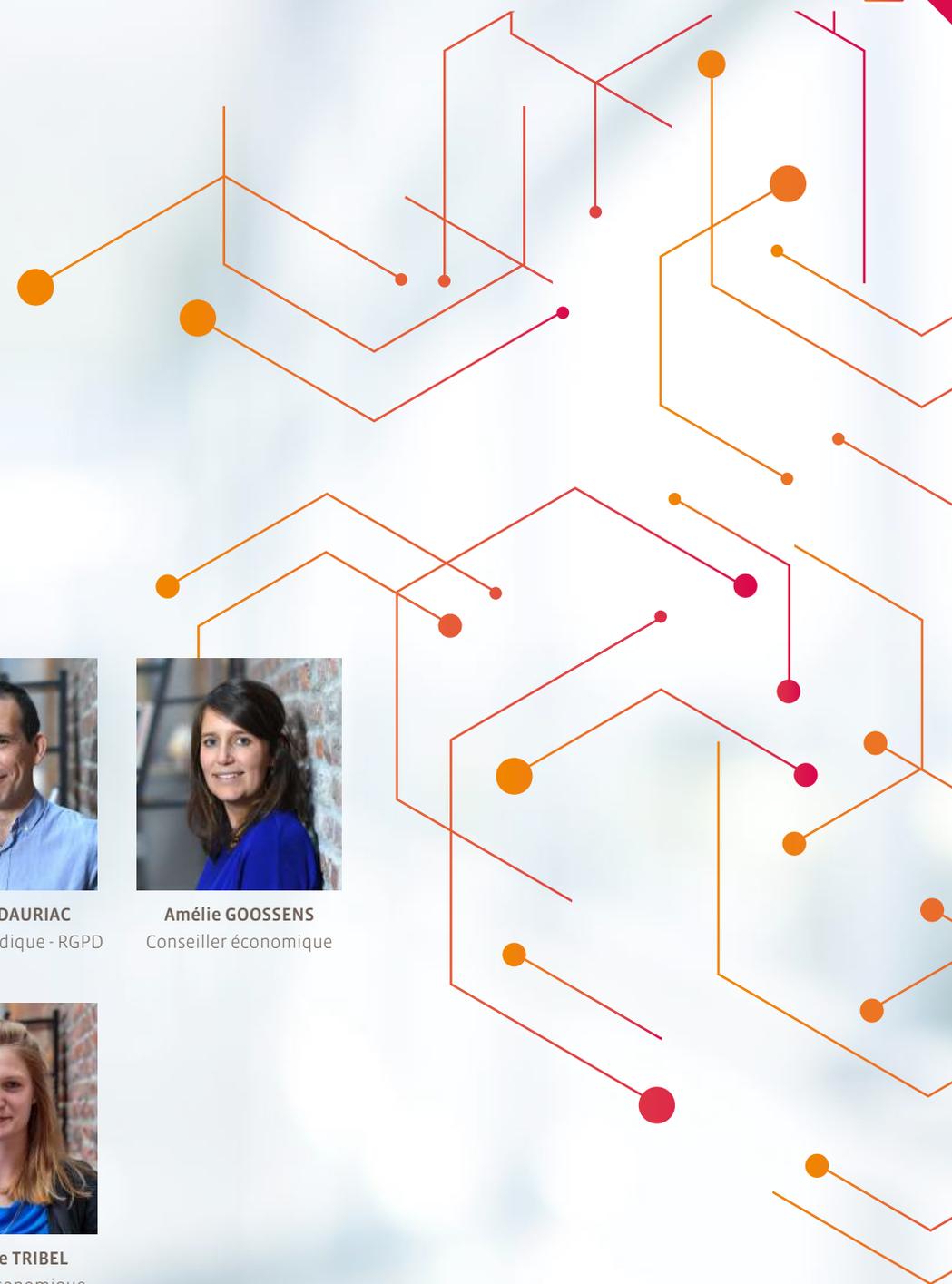
Cécile KESTENS
Conseiller économique



Corentin LETERME
Assistant datawarehouse



Lauriane TRIBEL
Attaché économique
et Environnement





PARTIE 5

Quelles valeurs et missions pour santhea?

santhea



Des valeurs communes et des outils pour les promouvoir

Santhea doit réaffirmer ses valeurs

L'**accessibilité** qui offre à chaque patient, indépendamment de ses revenus d'être soigné par les meilleures équipes de soins possibles, dans les meilleurs délais possibles, dans les meilleures conditions d'hébergement possibles et avec le meilleur matériel possible.

La **neutralité philosophique et en matière d'éthique** de l'institution de soins qui participe au service public doit être réaffirmée comme la transposition des valeurs de l'état laïc ; aucune entorse aux principes de neutralité ne peut être admise. Aucune restriction de l'accès à la procréation assistée, en matière d'euthanasie ou d'IVG..., dans le cadre du respect de la législation belge, ne doit être admise.

Le **service universel** doit être garanti nonobstant les contraintes financières auxquelles les institutions sont confrontées. Dans ce cadre, l'accès aux urgences est significatif.

Si le clivage selon le statut privé ou public de l'hôpital n'est plus toujours perceptible, il reste des valeurs auxquelles chaque institution s'engage à adhérer en devenant membre de santhea.

Santhea doit promouvoir un secteur des soins de santé qui défend ses valeurs

L'hôpital et les autres institutions de soins se sont adaptés aux évolutions de la société et aux évolutions techniques. En ce qui concerne plus particulièrement l'hôpital, il a évolué du stade de structure d'hébergement vers un rôle de dispensateur de soins aigus. L'hôpital reste un maillon essentiel dans la chaîne des soins. Santhea doit donc s'attacher à ce que les valeurs qu'elle défend s'appliquent à l'hôpital mais se retrouvent aussi tout au long de la chaîne des soins.

L'institution publique de soins, dans son essence, se doit de garantir accessibilité, neutralité et service universel. Il est aussi possible de définir des missions d'intérêt général qui garantissent ces valeurs, de les traduire dans un contrat de gestion proposé aux institutions de soins et d'associer au service public celles qui le suivront rigoureusement.

La question du contrôle de la bonne exécution du contrat de gestion est indissociable du processus. Santhea doit s'attacher à relancer la réflexion sur la promotion des institutions de soins participant au service public pour éviter :

- la dérive confessionnelle, en particulier quand les institutions publiques fusionnent avec des institutions qui défendent des valeurs philosophiques en contradiction avec les valeurs de santhea ;
- face au sous-financement structurel des hôpitaux, la dérive marchande plaide pour la liberté des prix et la limitation du service universel. Cette logique tend dès lors à promouvoir l'idée que la manière la plus efficace et la plus rapide d'instaurer l'équilibre financier est de réduire progressivement le service universel accessible à tous au bénéfice d'une approche segmentée.

Eviter ces dérives signifie aussi s'attaquer à leurs causes. Santhea en pointe essentiellement trois :

- les aspects financiers et budgétaires liés au financement des institutions et aux difficultés budgétaires des pouvoirs publics locaux; ceux qui gèrent des institutions de soins les voient essentiellement comme des centres de coûts et considèrent leur privatisation comme une économie pour les finances publiques locales. La perte en terme de service public local n'est pas (ou peu) évaluée;
- les aspects budgétaires liés au financement et les contraintes organisationnelles des institutions hospitalières pèsent lourdement sur le corps médical qui est tenté par une pratique privée. A ce propos, l'analyse des conséquences de l'application de la Directive Services de l'Union Européenne au secteur belge des soins de santé est essentielle;
- la rationalisation de l'offre sur un territoire donné à travers la logique de «bassin de soins» est considérée comme une fin en soi dont les conséquences sont principalement évaluées en termes de coûts et insuffisamment en termes de service et de valeurs .

Contrairement à un discours répandu dans l'opinion publique, les valeurs qui unissent les membres de santhea ne sont pas partagées par tous les acteurs du secteur des soins de santé.

Accessibilité, service universel et neutralité sont des valeurs qui doivent être garanties par le statut public des institutions de soins.

Le rôle essentiel de santhea est de promouvoir les conditions nécessaires à la pérennisation de ce statut public

Quel statut pour l'institution de soins qui suit ces valeurs ?

Que faut-il mettre dans les statuts et comment composer les organes de gestion pour garantir de facto accessibilité, service universel et neutralité?

Parallèlement, comment assurer une gouvernance efficace des institutions publiques de soins en vue d'éliminer les causes d'une dérive vers la privatisation (marchandisation)?

Les réflexions menées in illo tempore tant au sein de l'AFIS que de l'AEPS ont abouti dans une proposition commune qui peut être intégralement reprise par santhea.

Quelques aspects connexes auxquels il faut rester attentif :

- de nombreuses entités juridiques gèrent d'autres institutions de soins que des institutions hospitalières. La réflexion sur le statut doit le permettre et le promouvoir;
- santhea soutient la gestion distincte pour toutes les institutions de soins.

La création d'un STATUT SUI GENERIS DES INSTITUTIONS DE SOINS devra notamment « décrire la structure de gestion, lister les organes, préciser leur composition et expliciter leurs missions » en référence aux REGLES DE CORPORATE GOVERNANCE

LES DELEGUES À LA GESTION JOURNALIERE, désignés par le Conseil d'administration, prennent, SOUS LEUR RESPONSABILITE, les décisions qui s'imposent, EN FONCTION DES RESSOURCES HUMAINES, MATERIELLES ET FINANCIERES QUI LEUR SONT ATTRIBUEES

Organisation de l'hôpital et organisation de l'activité médicale

Compte tenu de l'évolution de la pratique médicale à l'hôpital (plus collective, plus technique et plus intégrée), santhea privilégie l'implication et la responsabilisation du corps médical dans le fonctionnement intégré, la stratégie et le projet de l'hôpital.

Idéalement, les mécanismes qui seront mis en place pour impliquer les médecins dans la gestion doivent permettre d'éviter de créer des forums pour les revendications corporatistes ou à court terme. L'hôpital-entreprise doit en effet développer des stratégies de long terme dans un contexte d'intérêt général.

Il y a lieu de clairement distinguer le rôle du directeur médical et la participation du corps médical à la gestion. En effet, le directeur médical n'a ni un rôle d'observateur, ni un rôle d'intermédiaire entre médecins et gestionnaire, il doit s'impliquer effectivement dans la stratégie de l'institution. Il doit plus particulièrement être actif en matière de stratégie médicale. Dans cet objectif, on devra veiller à donner un rôle accru au Collège des médecins chefs de service.

Pour santhea le lieu le plus adapté pour associer les médecins à la gestion de l'hôpital est le modèle du **Comité Permanent de Concertation (CPC)** dont le rôle devrait être favorisé au détriment de la procédure actuelle visant à associer le corps médical à la décision dans le cadre des avis qui doivent être demandés au Conseil médical.

En ce qui concerne la rémunération des médecins hospitaliers, santhea rappelle qu'il est urgent de revoir fondamentalement le système actuel d'honoraire à l'acte dont les principaux défauts sont :

- qu'il favorise certains prestataires et en défavorise d'autres;
- qu'il ne couvre pas la même chose selon qu'une même prestation est effectuée dans un hôpital ou à l'extérieur de celui-ci;
- qu'il encourage les comportements individualistes au détriment de la solidarité médicale;
- qu'il encourage la sélection de prestations rentables;
- qu'il est en contradiction avec les concepts modernes de prise en charge pluridisciplinaire.

Santhea veut être associée à une réflexion sur un financement de l'activité médicale qui ne doit pas rester l'apanage des seuls représentants des médecins et des mutuelles. Une réforme de ce financement doit avoir les objectifs suivants :

- ramener les médecins à l'hôpital;
- intégrer des mécanismes de contrôle des dépenses;

- garantir un égal accès aux techniques médicales;
- garantir l'égalité des patients devant les soins, quels que soient leurs revenus, en préservant leur liberté de choix;
- décourager la sélection des prestations rentables;
- encourager l'efficacité thérapeutique et la prise en charge pluridisciplinaire;
- favoriser les relations de solidarité des médecins entre eux et avec leur institution;
- assurer la qualité des soins dans le cadre de systèmes spécifiques de qualité.

Dans un souci de promotion d'un partenariat entre les hôpitaux et les médecins hospitaliers, la possibilité que la loi offre aux conseils médicaux d'organiser la perception des honoraires doit totalement disparaître.

Pour rencontrer les objectifs ci-dessus, santhea prend position en faveur d'un **financement global** de l'activité hospitalière. Santhea est néanmoins consciente des difficultés et des risques de cette formule. En effet, pour être viable, un financement global doit couvrir entièrement et correctement les coûts de l'institution qu'il finance; sa mise en place nécessite donc l'existence d'un outil qui permettra une évaluation correcte des coûts.

L'idée d'un financement global exige aussi des garanties quant au budget qui sera distribué; l'actuel sous-financement chronique des hôpitaux ne peut en effet pas être pérennisé dans une nouvelle manière de répartir les budgets disponibles. Le système actuel de financement de l'hôpital d'une part par le Budget des moyens financier et d'autre part par les honoraires, permet de compenser l'insuffisance de l'un en sollicitant les autres. Il n'est pas sain de donner l'impression que l'hôpital est bien financé lorsque l'équilibre budgétaire est atteint suite à l'intervention des médecins

Plus généralement, il faut que l'institution de soins de santé puisse assurer ses missions sans un recours systématique et de plus en plus consistant à la participation financière du patient.

L'octroi d'un financement global pose aussi automatiquement la question de la répartition du budget global entre les activités et les acteurs de l'hôpital.

Pour les raisons évoquées ci-dessus, il semble illusoire d'envisager un financement global à bref délai.

On pourrait par contre assez facilement et rapidement régler le problème des honoraires médicaux. Pour régler ce problème, santhea propose un système qui prévoit :

- un forfait à l'acte sous forme d'un honoraire pur, sur une base identique pour tout le monde, avec une échelle cohérente;
- une partie variable liée aux caractéristiques de la prestation;
- une partie attachée au financement des missions d'intérêt général, aux missions de formation et aux missions de recherche .

Le médecin hospitalier joue un rôle majeur dans le fonctionnement de l'hôpital. Il doit être étroitement associé à son fonctionnement. Le système actuel de l'honoraire médical brut est une source de nombreuses difficultés dans les relations entre médecins hospitaliers et gestionnaires. Pour santhea, il est prioritaire de le réformer. C'est techniquement possible mais il faut une réelle volonté politique de lancer la réforme.

Le rôle du directeur médical et celui du Collège des médecins chefs de service doivent être précisés.

Le problème particulier de la pénurie de certains professionnels de soins

La médecine hospitalière doit se remettre en question.

Les relations avec la première ligne doivent s'intensifier. Il faut aussi admettre que certaines pratiques de médecins spécialistes ont leur place à l'extérieur de l'hôpital.

A contrario, lorsqu'on constate les difficultés que rencontre la première ligne à assurer des gardes dans certaines régions, on peut s'interroger sur l'éventuel intérêt de charger l'hôpital d'assurer ce rôle de garde.

On constate que les contraintes liées à la médecine hospitalière (gardes, limitation des suppléments) poussent certains médecins hors de l'hôpital. Le manque de médecins hospitaliers rend difficile d'assurer la continuité du service médical dans les hôpitaux (trop peu de médecins participent à la garde) ou même d'assurer des tarifs accessibles pour tous les patients. En outre, il conduit à une substitution larvée vers le personnel soignant qui n'est actuellement pas reconnue.

Pour santhea, le désinvestissement des médecins hospitaliers a aussi comme conséquence d'augmenter la pression qui pèse sur le personnel infirmier et accentue la crise qui pèse sur les institutions.

Santhea pointe le numerus clausus limitant l'accès à la pratique médicale et les quotas de spécialités comme une cause essentielle de ce désinvestissement et est à l'origine d'une diminution de la qualité de la médecine pratiquée dans les institutions de soins. La pénurie médicale au sein des institutions de soins est responsable d'une grande partie du malaise infirmier.

Selon santhea, il existe plusieurs mesures possibles pour inciter les médecins spécialistes à revenir à l'hôpital :

- lier l'accréditation à une pratique hospitalière minimum;
- obliger tous les médecins spécialistes à s'inscrire dans un rôle de gardes hospitalières;
- créer dans l'immédiat une double nomenclature rendant la pratique hospitalière plus attractive et, à terme, une rémunération plus favorable dans le cadre du statut financier évoqué ci-dessus pour les spécialités médicales dont la pratique hospitalière est lourde en termes de permanence, d'investissement et de responsabilité;
- établir une liste de prestations médicales qu'il faut obligatoirement prester à l'hôpital;

- encadrer la possibilité de demander des suppléments d'honoraires pour les prestations médicales prestées en dehors de l'hôpital.

Pour ce qui concerne les infirmiers, santhea concède que les institutions de soins peuvent se révéler peu attractives; pour lutter contre la pénurie, santhea plaide en faveur d'une gestion des ressources humaines qui rétablisse l'attractivité du secteur; santhea évoque 3 autres pistes de réflexion :

- la formation de base n'est pas en adéquation avec la pratique professionnelle. Les infirmières en formation s'attendent-elles aux responsabilités qui seront les leurs dans les institutions de soins?
- les évolutions qui exigeront de plus en plus de personnel avec une qualification spécifique sont-elles réalistes?
- ne faut-il pas investir massivement dans la formation permanente qui valorise le personnel, actualise ses connaissances et améliore le service rendu aux usagers des institutions de soins?

Santhea considère que le rôle et la fonction de l'hôpital dans le continuum des soins doivent être mieux définis. Le personnel nécessaire pour assurer le fonctionnement de l'hôpital doit être déterminé compte-tenu de ce rôle et de cette fonction. Des moyens d'augmenter l'attractivité de l'hôpital pour le personnel qualifié existent. Santhea considère qu'ils doivent être mis en œuvre dans les meilleurs délais.



Editeur responsable : Yves Smeets, Directeur Général
36 rue du Pinson - 1170 Bruxelles
2018 © Design by www.empain.net



**SIÈGE DE BRUXELLES
& SIÈGE SOCIAL**

Rue du Pinson 36
1170 Bruxelles
T +32 2 210 42 70
F +32 2 511 04 54

SANTHEA ASBL

SIÈGE DE WALLONIE

Namur Office Park
Avenue de Dessus-de-Lives 4
5101 Loyers

T +32 81 22 38 22
F +32 81 22 38 45