



santhea

Rapport annuel

2014





santhea

Rapport annuel

2014





# Sommaire

## 5 Présentation de santhea

- 7 Introduction
- 8 Faits et chiffres

## 21 Les dossiers de 2014

- 25 La formation permanente 2014, une année de transition
- 33 Omniprésence en filigrane...
- 44 Dialyse
- 54 Tableau de bord
- 63 La médiation hospitalière
- 74 Le rôle de l'hôpital dans la prise en charge de la maltraitance des enfants
- 82 Mesure de la charge de travail infirmier.  
Introduction des NRG issus du DI-RHM dans le BMF 1<sup>er</sup> juillet 2014
- 89 Santhea énonce clairement ses priorités pour  
le secteur des maisons de repos et de soins
- 94 Les trois piliers de la réforme du secteur hospitalier selon santhea
- 103 Des projets taillés sur mesure pour nos membres
- 116 Transparence financière en soins de santé  
Quels changements en 2014 et 2015

## 127 Informations pratiques

- 128 Liste des membres
- 136 Liste des membres du conseil d'administration
- 138 Liste des Collaborateurs



7 | Introduction

8 | Faits et chiffres 2014 : Hôpitaux

14 | Faits et chiffres 2014 :  
Institutions de santé mentale

16 | Faits et chiffres 2014 :  
Institutions pour personnes âgées

# Partie

# 1

## Présentation de santhea



# Introduction



**Marie-Claire Lambert**  
PRÉSIDENTE DE SANTHEA

## Vers un Etat comptable?

La question peut surprendre en première page d'un rapport annuel essentiellement consacré aux soins de santé.

Les professionnels du secteur s'étonneront sans doute, et surtout, du point d'interrogation, qu'ils remplaceraient aisément par un point d'exclamation.

En effet, depuis plusieurs années, le principal souci de l'Etat fédéral n'a-t-il pas été de contrôler scrupuleusement les dépenses en soins de santé et d'imposer au secteur des économies drastiques, année après année? Agissant ainsi comme un véritable comptable dont la seule et unique préoccupation est d'additionner recettes et dépenses et de les affecter correctement puis, lors de la clôture des comptes, de crier victoire en constatant que les économies prévues ont été réalisées et que les dépenses sont inférieures au budget. Combien d'entreprises ne sont-elles pas mortes après quelques années d'application de cette logique vertueuse!

Notre système de soins de santé n'échappe pas à la règle : l'approche strictement comptable l'affaiblit.

Santhea ne peut accepter cette évolution sans la dénoncer et la combattre. Notre fédération veut le faire de manière constructive en rappelant à l'Etat une seconde acception du mot comptable; suivi de «de», il signifie «qui est moralement responsable de quelque chose devant quelqu'un».

S'il est moralement responsable de la bonne utilisation du budget de la sécurité sociale devant le citoyen, l'Etat est aussi et avant tout, responsable de la qualité des soins de santé, c'est-à-dire, de chacun des aspects positifs qui font que les soins de santé offerts en Belgique correspondent à ce que les citoyens attendent. En tirant un peu sur la définition du mot «qualité», on peut même la qualifier comme la caractéristique d'une chose qui la rend supérieure à la moyenne!

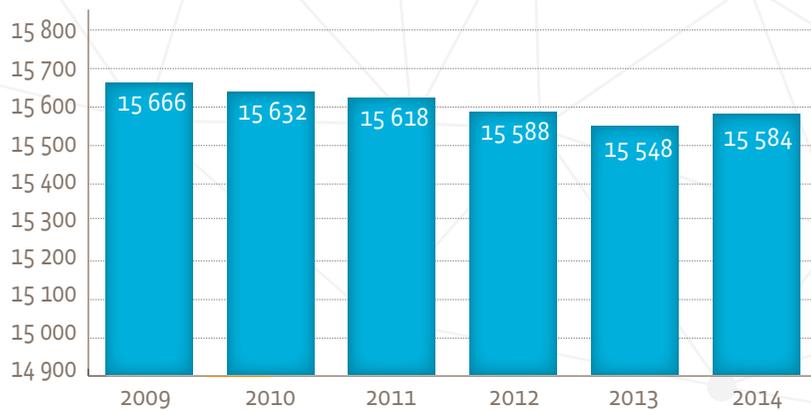
En 2014, le Conseil d'administration de santhea, ses membres et son staff ont déployé toute leur énergie et leur compétence à convaincre les décideurs politiques de leur responsabilité à offrir à tous les citoyens des soins de qualité accessibles à tous et à faire de nombreuses propositions pour évoluer dans ce sens.

# Faits et chiffres 2014 : Hôpitaux

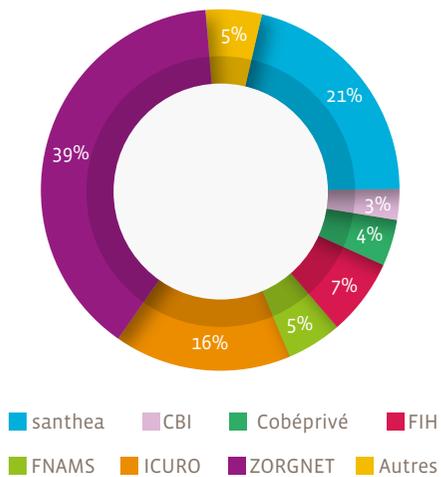
Représentativité de santhea en termes de lits...



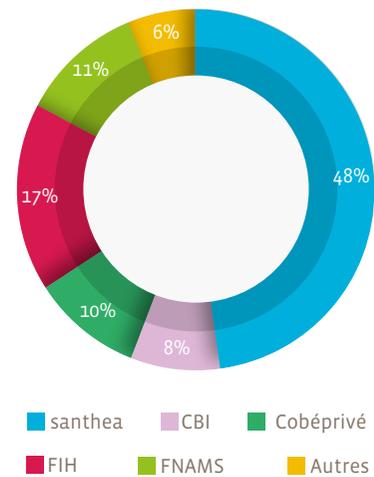
Evolution du nombre de lits agréés santhea



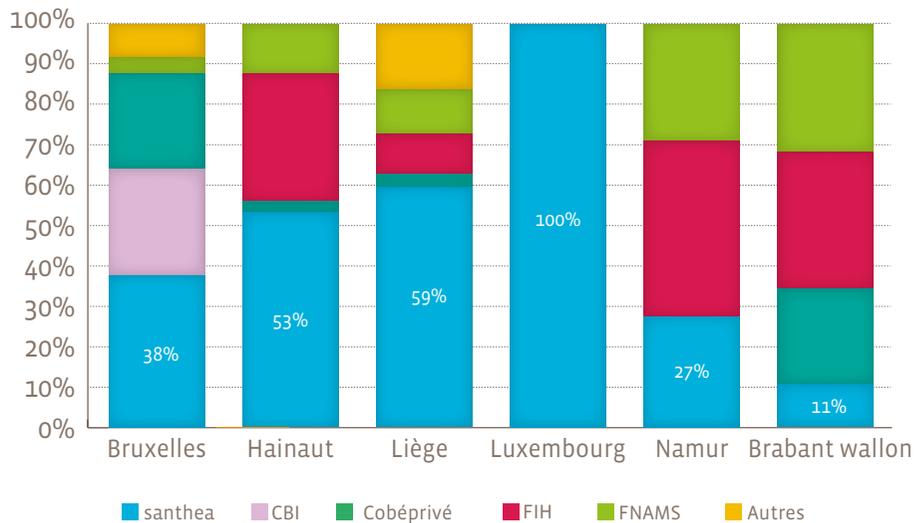
Répartition du nombre de lits par fédération<sup>1</sup> - Royaume



Répartition du nombre de lits par fédération<sup>1</sup> - Wallonie + Bruxelles

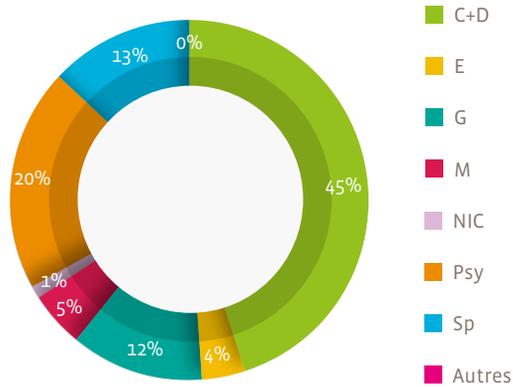


Répartition du nombre de lits par province et par fédération<sup>1</sup> - Wallonie + Bruxelles

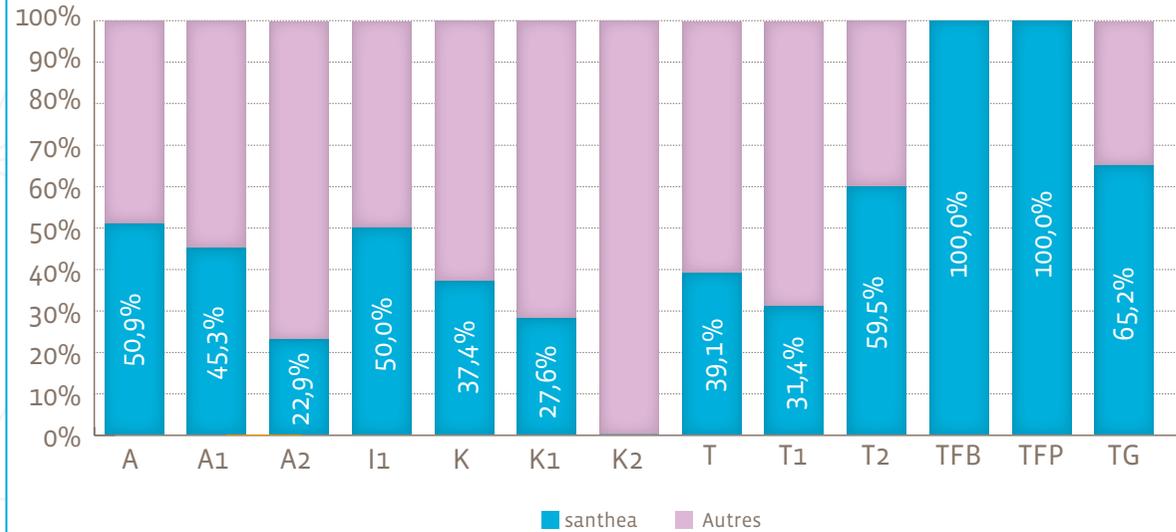


<sup>1</sup> Lorsqu'il y a référence à la ventilation « fédération », les lits des institutions ayant une double affiliation sont divisés par deux.

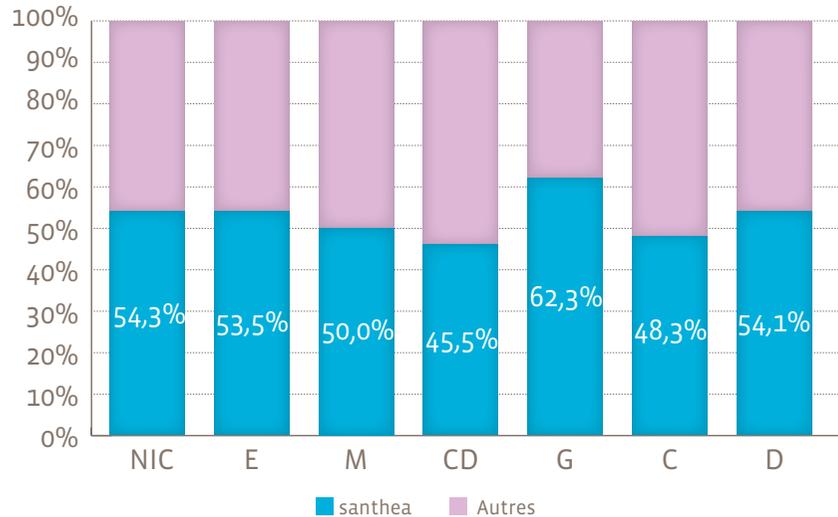
### Répartition des lits santhea par index de lit



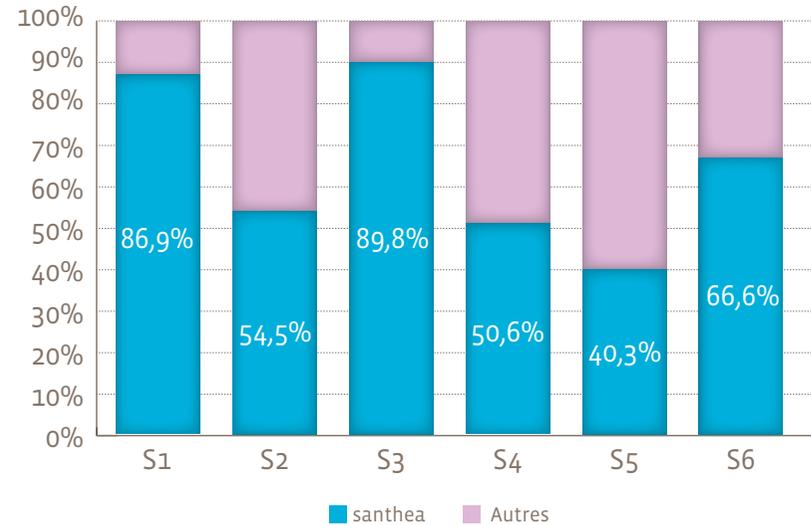
### Proportion de lits psy santhea par index de lit - Wallonie + Bruxelles

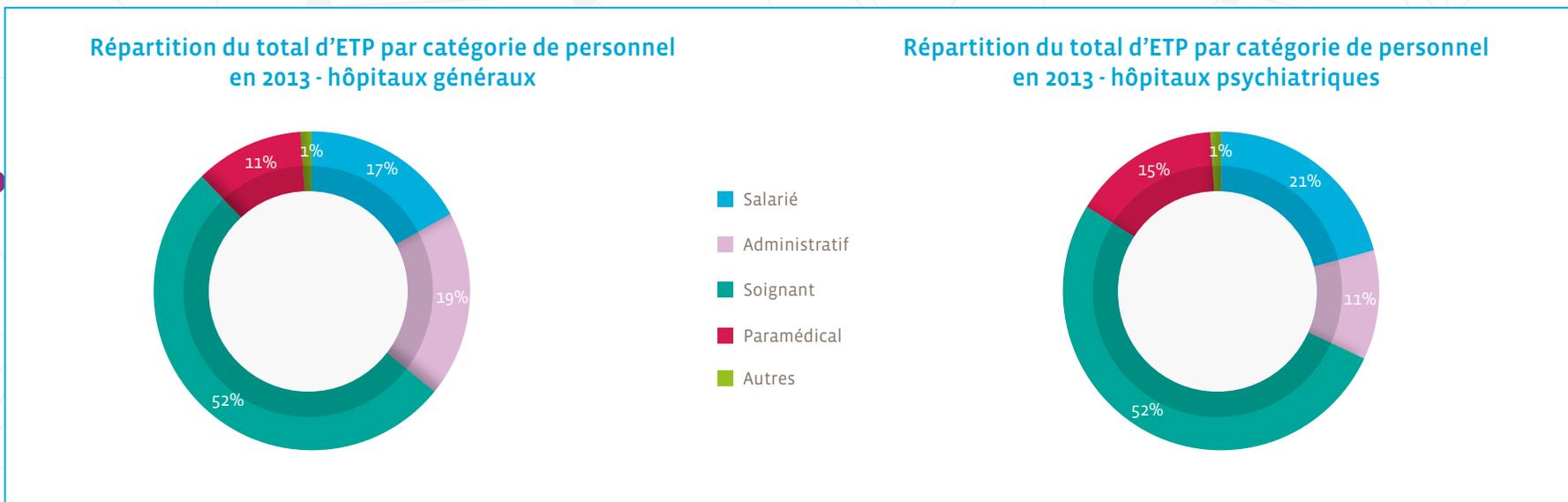
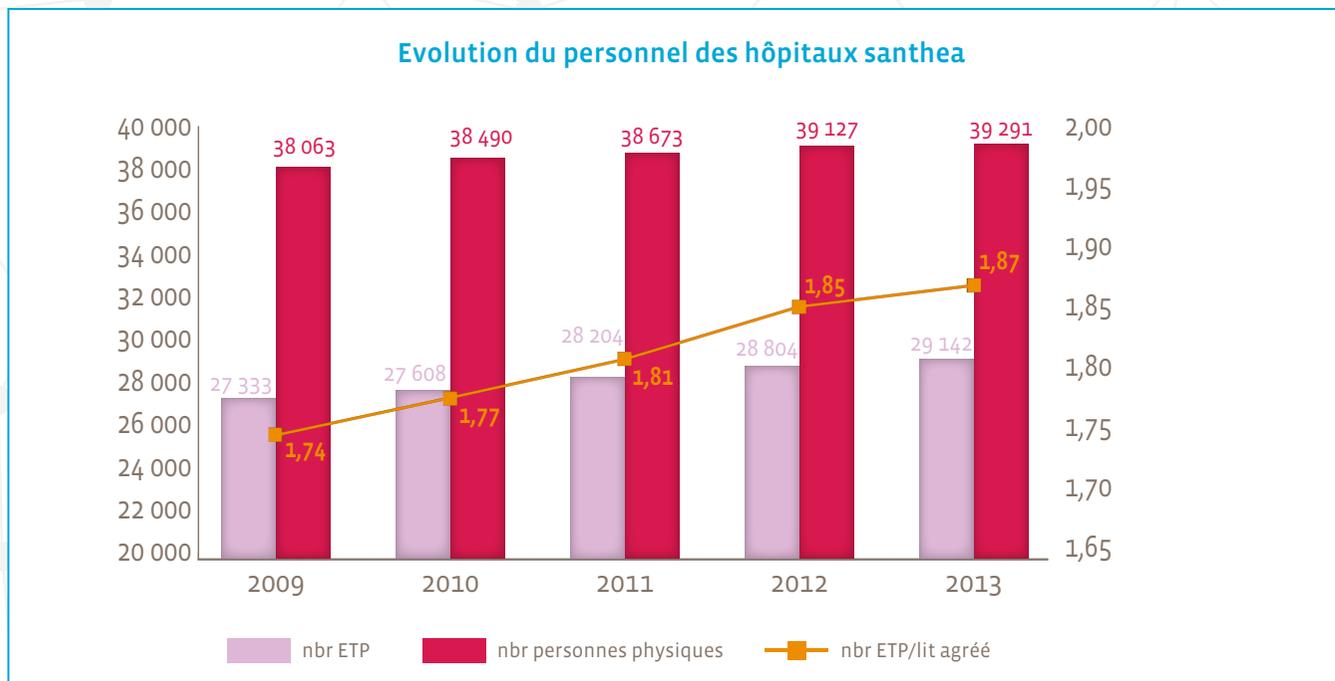


### Proportion de lits aigus santhea par index de lit - Wallonie + Bruxelles



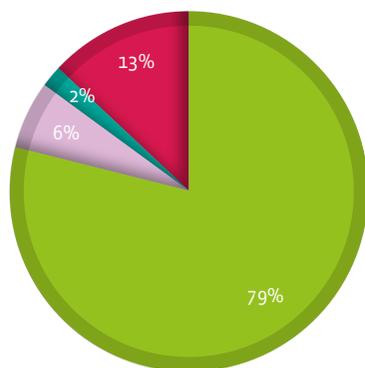
### Proportion de lits sp santhea par index de lit - Wallonie + Bruxelles





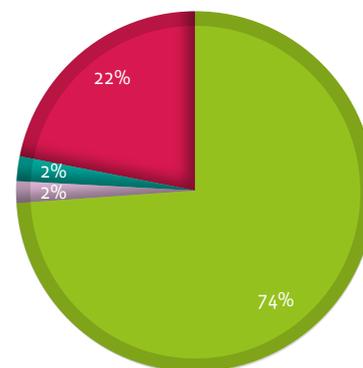
## Comparaison de quelques caractéristiques...

### Répartition des lits par type d'hôpital - santhea

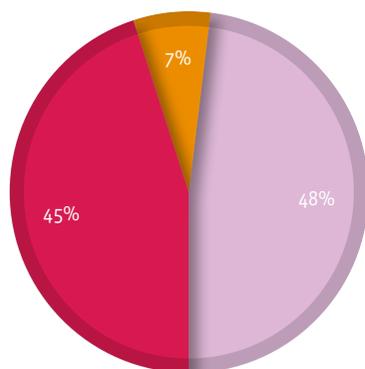


- Hôpital aigu
- Hôpital gériatrique
- Hôpital spécialisé
- Hôpital psychiatrique

### Répartition des lits par type d'hôpital - royaume

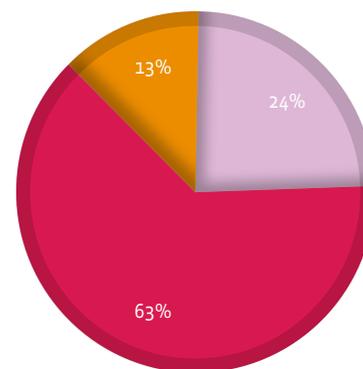


### Répartition des lits en fonction du caractère universitaire (hôpitaux aigus) - santhea

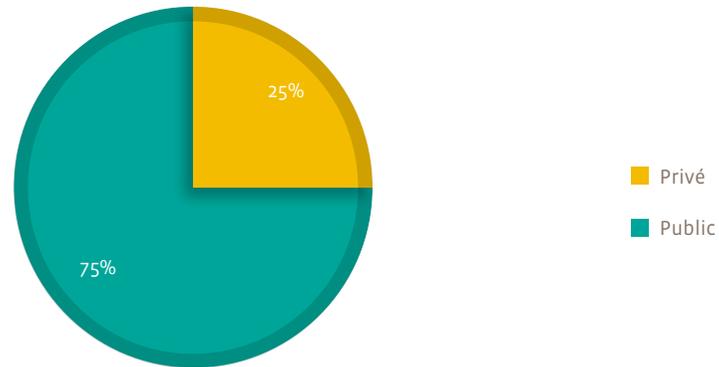


- Hôpital à caractère universitaire
- Hôpital non universitaire
- Hôpital universitaire

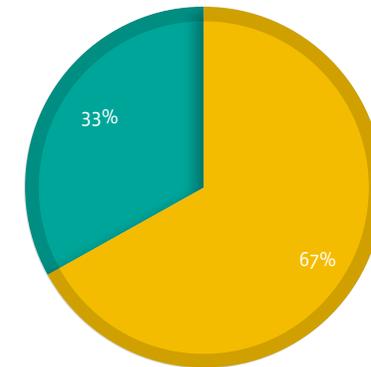
### Répartition des lits en fonction du caractère universitaire (hôpitaux aigus) - royaume



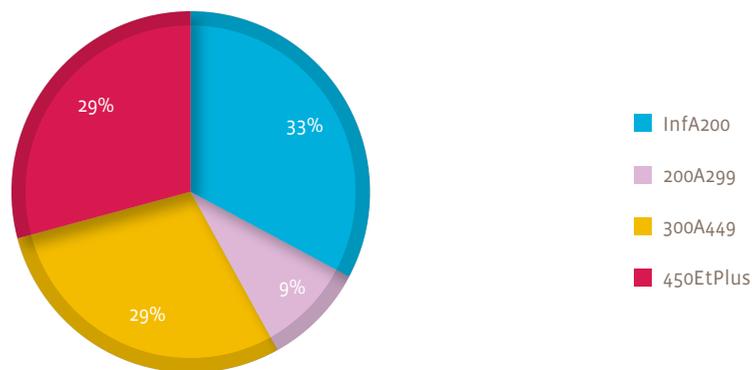
Répartition des lits par statut - santhea



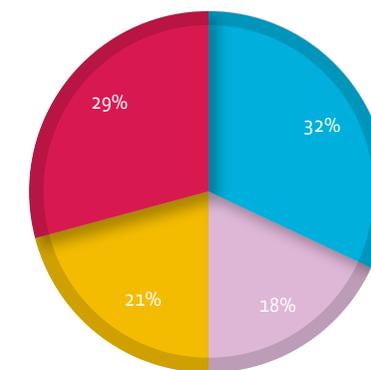
Répartition des lits par statut - royaume



Répartition du nombre d'institutions par taille - santhea



Répartition du nombre d'institutions par taille - royaume

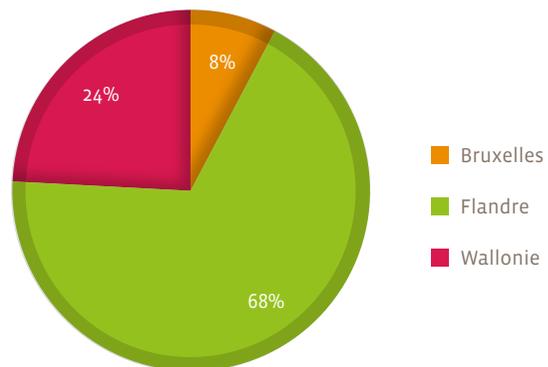




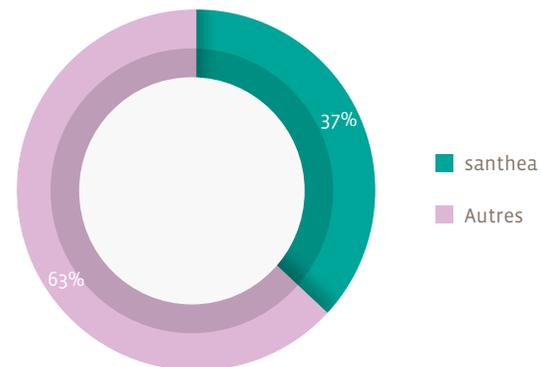
# Faits et chiffres 2014 : Institutions de santé mentale

## Maisons de soins psychiatriques

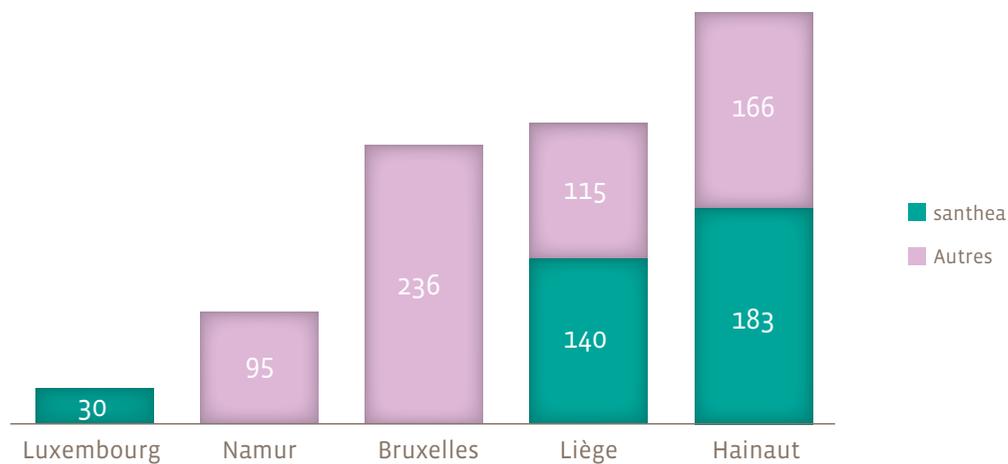
Répartition régionale des lits MSP



Part de santhea dans le total des lits MSP - Wallonie + Bruxelles

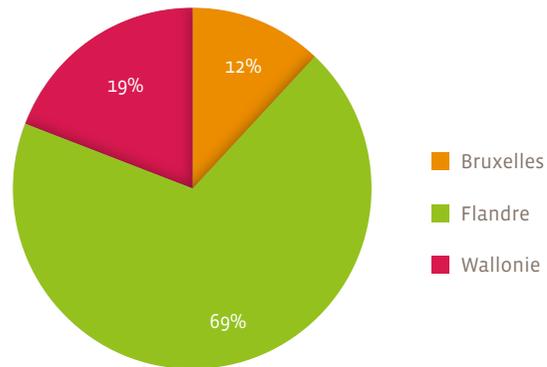


Répartition du nombre de lits MSP par province - Wallonie + Bruxelles

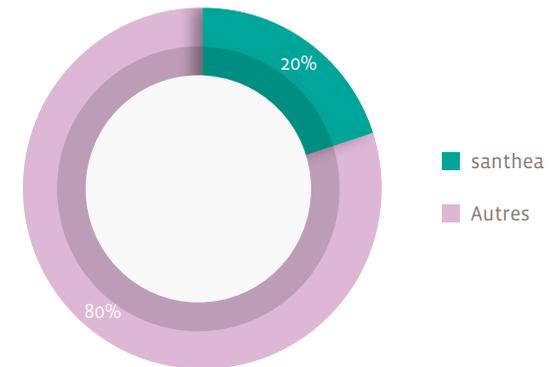


## Initiatives d'habitations protégées

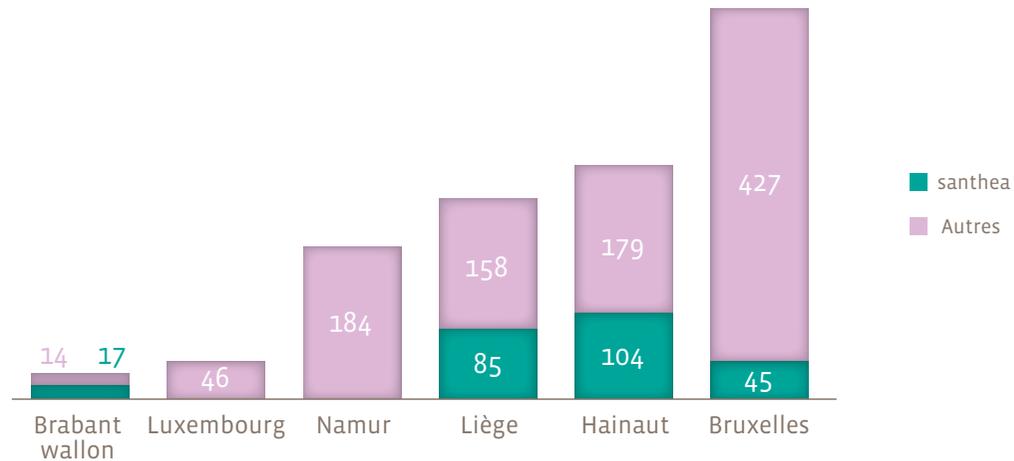
Répartition régionale des lits IHP



Part de santhea dans le total des lits IHP - Wallonie + Bruxelles

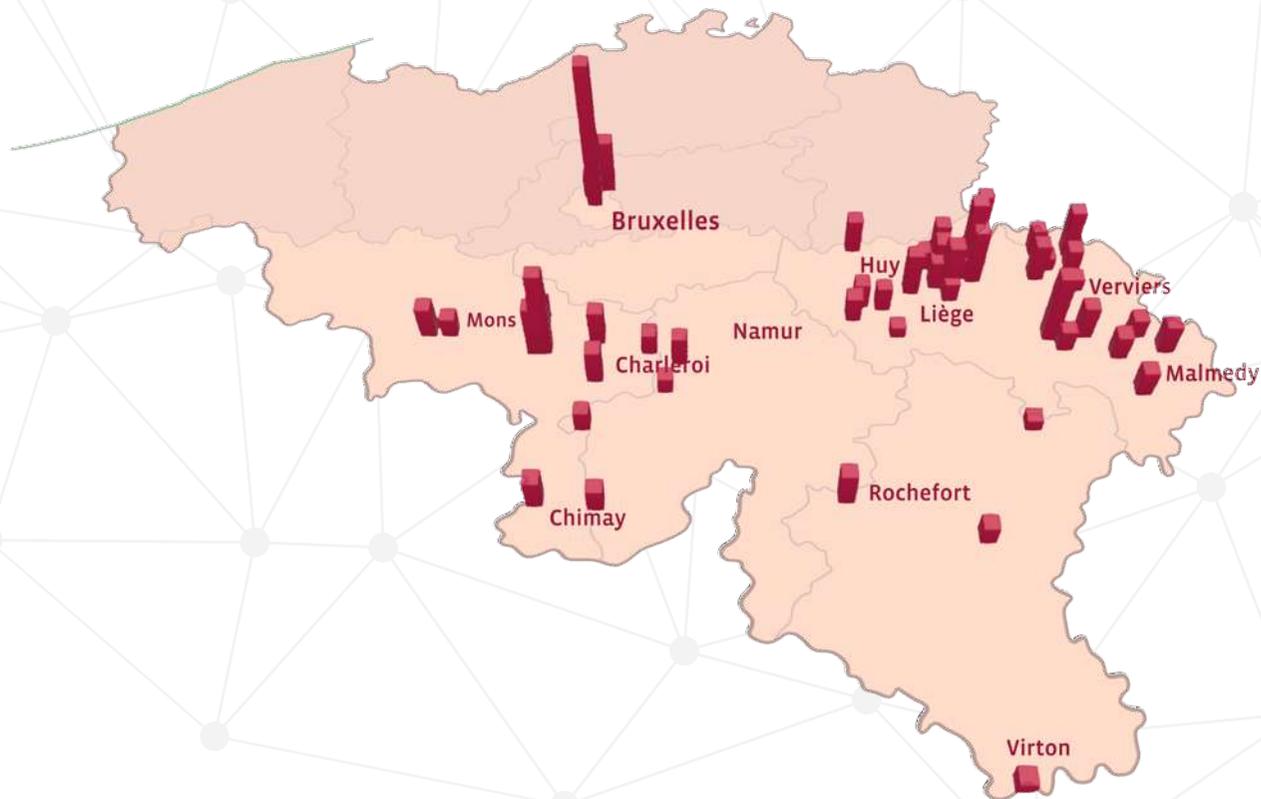


Répartition du nombre de lits IHP par province - Wallonie + Bruxelles



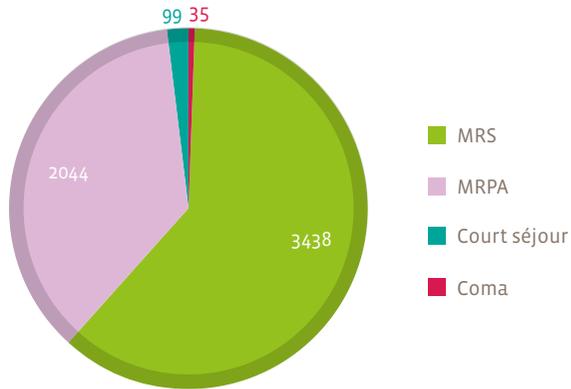
# Faits et chiffres 2014 : Institutions pour personnes âgées

Représentativité de santhea en termes de lits/places/logements de MR/CAJ/RS :

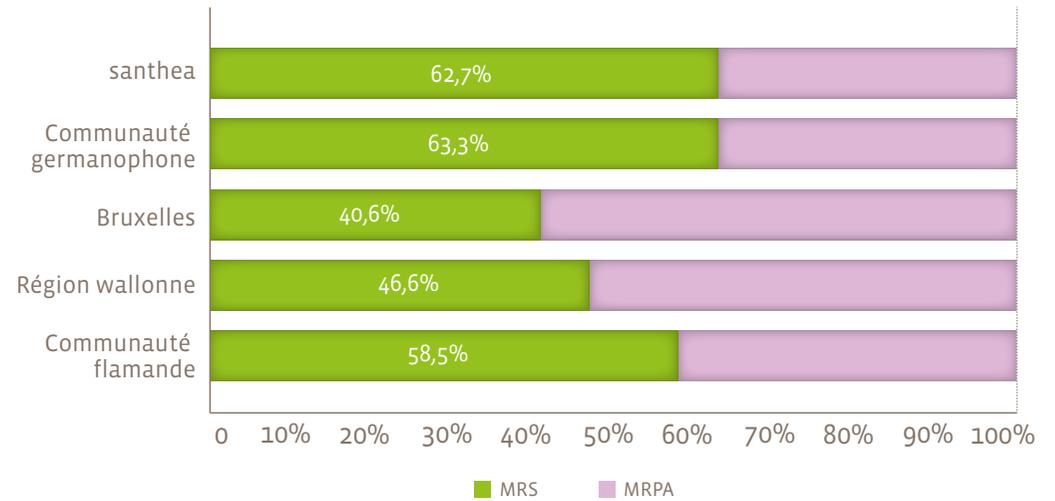


## Maisons de repos/Maisons de repos et de soins

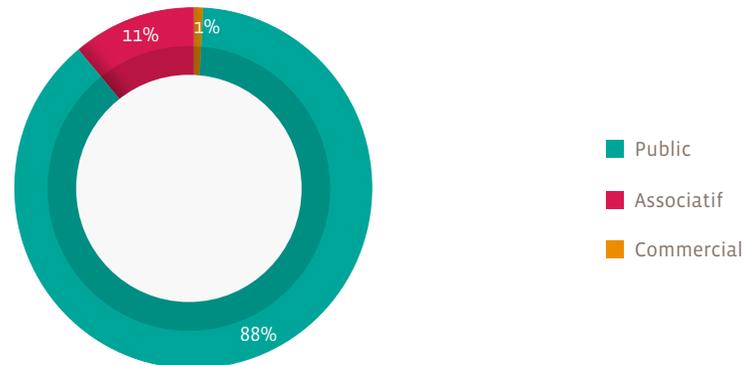
Répartition des lits santhea en maison de repos par type de lit



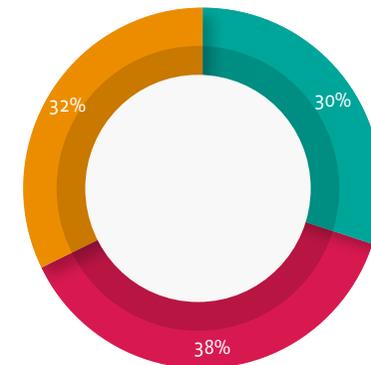
Part des lits MRS dans le total (hors coma et court séjour) par entité



Répartition du nombre total de lits par secteur - santhea

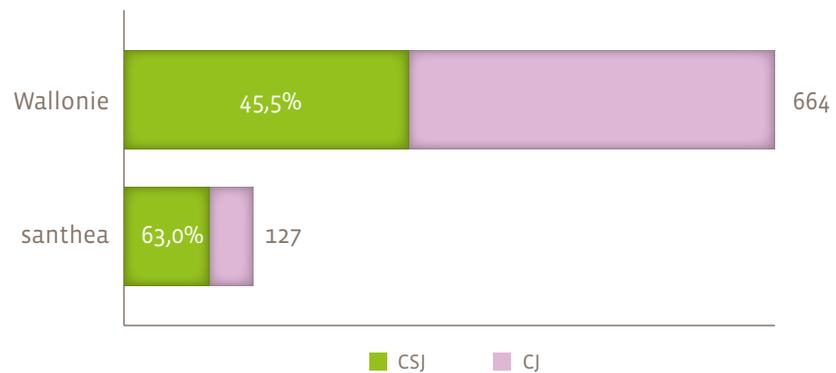


Répartition du nombre total de lits par secteur - royaume

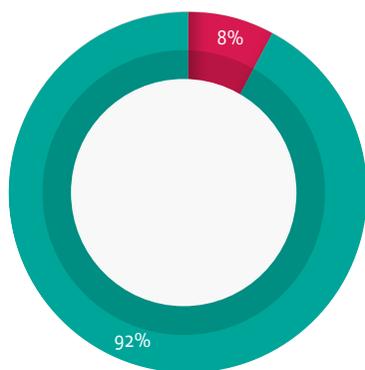


# Centres d'accueil de jour

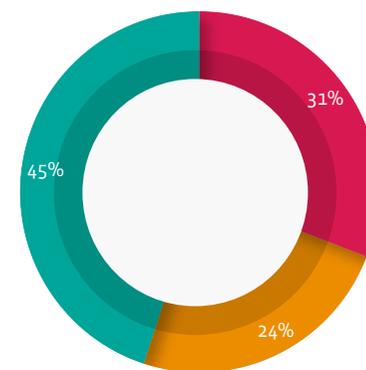
## Proportion de places de centres de soins de jour dans les centres d'accueil de jour



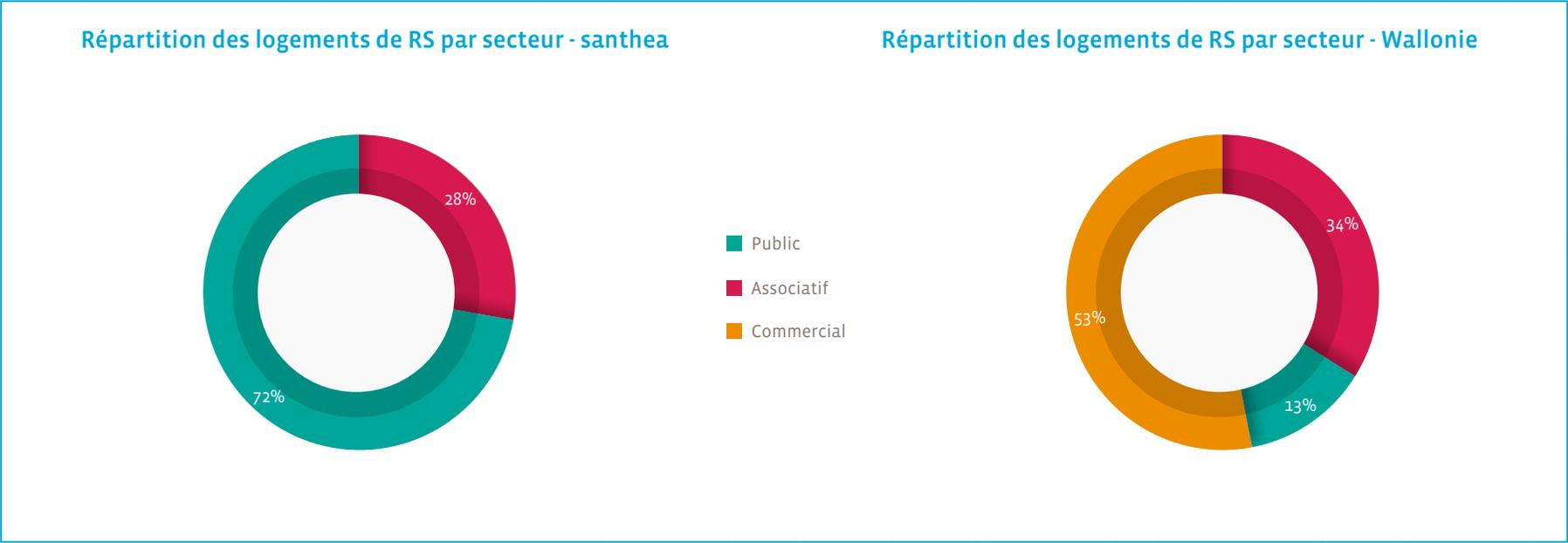
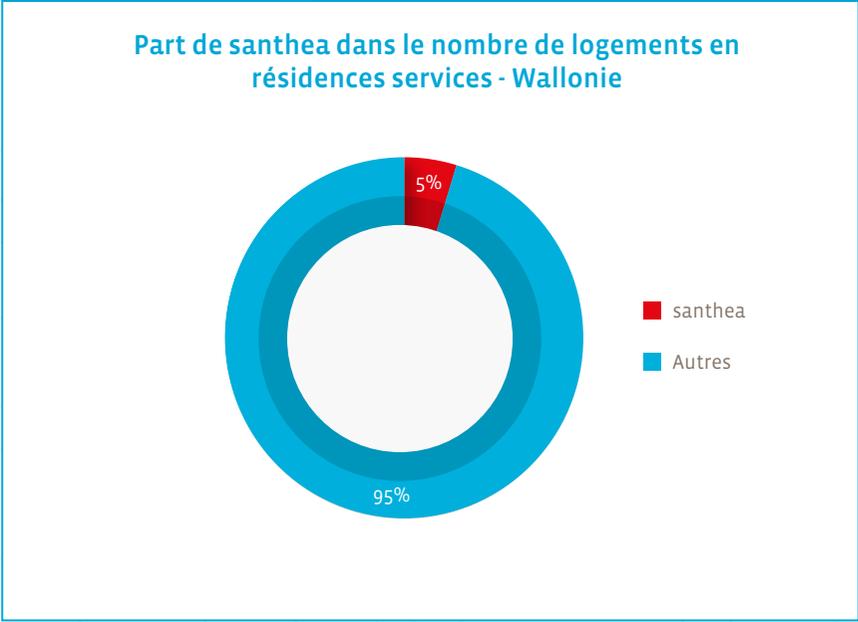
## Répartition des places de CAJ par secteur - santhea



## Répartition des places de CAJ par secteur - Wallonie



- Public
- Associatif
- Commercial





Janvier

Février

Mars

Avril

Mai

Juin

Juillet

Août

Septembre

Octobre

Novembre

Décembre

# Partie 2

Les dossiers de 2014

# Janvier 2014

# Thèmes abordés Janvier 2014

## > Lancement d'une étude sur l'évolution des besoins en capacités hospitalières

Nombreux sont ceux qui estiment que le nombre de lits hospitaliers est trop important dans notre pays, et qui plaident dès lors pour une diminution de celui-ci. Or, l'effet conjugué de l'augmentation de la population et de son vieillissement devrait impacter les besoins en infrastructure de manière non négligeable. Dans ce contexte, le SPF Santé Publique a chargé santhea de développer un algorithme capable, sur base des données historiques disponibles, des prévisions du Bureau du Plan et d'une série d'hypothèses, de prévoir l'évolution des besoins en capacités hospitalières. Le rapport final sera déposé en juin 2015.

## > « Unités de crise en milieu hospitalier » (CNEH/D/PSY/439-2)

Les 9 projets pilotes « unités de crises, comprenant la fonction de case manager, spécifiques aux personnes en situation de crise psychique et aux personnes en situation de crise liée aux substances psychoactives » lancés en 2002 ont fait l'objet d'un rapport préliminaire concernant leur capacité d'accueil, leur organisation ainsi que leur public cible. Un complément d'avis a été sollicité par le bureau du CNEH

Plusieurs constatations ont été faites concernant notamment l'absence de données complètes concernant les patients, la grande disparité dans la prise en charge proposée par ces unités ainsi que le changement de direction observé, dans certaines unités, concernant le public cible (par exemple, une réorientation vers des patients stabilisés) alors qu'il est essentiel de disposer d'une offre de soins suffisante pour le groupe-cible spécifique des personnes en crise suite à un problème de consommation de substances psychoactives.

L'avis recommande une transition vers un nouveau modèle de prise en charge et vers un respect plus strict des missions de base, à savoir gérer la crise. Des propositions sont faites dans l'avis concernant l'organisation des

locaux (unités standards de 4 lits), le personnel ainsi que la détermination plus précise des inclusions et des exclusions des patients dans l'unité en considérant que ces unités spécialisées doivent prendre en charge **des patients en situation de crise** résultant sans conteste d'une consommation problématique de substances psychoactives en ce compris l'alcool, les drogues illicites et les médicaments psychoactives.

## > Plan national « maladies chroniques » — Note d'orientation (CNEH/D/440)

Une note d'orientation a été rédigée par la Ministre Onkelinx en vue de conclure un éventuel protocole d'accord entre l'Autorité fédérale et les Autorités fédérées sur le Plan national Maladies chroniques. Elle peut être considérée comme une note d'inspiration positive, prélude à des réalisations concrètes.

Il est regretté dans l'avis remis, que la complémentarité avec le secteur des soins de santé mental est trop peu évoquée, que le rôle du secteur hospitalier est peu considéré et que l'articulation entre les différents prestataires de soins des différents niveaux d'intervention n'est pas suffisamment développée notamment par rapport au partage des données médicales.

L'avis note également que des éléments importants prévus dans la loi relative aux droits des patients sont remis en cause dans cette note d'orientation.

## > CNEH Section Financement

La Section Financement a reçu :

- des informations relatives au BMF au 1<sup>er</sup> juillet 2013; des erreurs systématiques de calcul (en particulier dans la mise en œuvre des nouvelles règles de la correction moyenne salariale B2) ont été constatées et l'Administration a décidé de transmettre aux hôpitaux une version corrigée de leur BMF au 1<sup>er</sup> juillet 2013;

- des informations de l'Administration concernant le timing de transmission des données RHM qu'elle envisage, compte tenu à la fois de la nécessité de résorption du retard de certains hôpitaux et du passage à l'ICD10, qui conduiront la Section à émettre un avis en mars 2014;
- une information de l'Administration sur la réforme institutionnelle de l'Etat à propos des sous-parties A1 et A3. L'Administration a d'ailleurs diffusé largement sa note de support (voir site SPF : « Transfert des compétences: note explicative »).

### › Coordination du Budget des Moyens Financiers au 1<sup>er</sup> juillet 2013

Suite à la parution le 17 janvier 2014 de l'Arrêté royal modifiant l'Arrêté royal du 25 avril 2002 au 1<sup>er</sup> juillet 2013, la coordination officielle santhea est mise à jour. A noter que cette coordination tient également compte des modifications apportées par les 3 arrêtés royaux parus le 17 décembre 2012 suite aux arrêts du Conseil d'Etat, ce qui en a nécessité une relecture complète.

### › Fonds maribel pour le secteur public. Statutarisation

L'accord social 2011 relatif aux secteurs fédéraux de la santé prévoit la répartition d'un montant annuel de 7,5 millions d'euro entre les hôpitaux du secteur public qui s'engagent à garantir le maintien du nombre d'agents nommés par rapport à une année de référence. L'objectif de l'accord social est de favoriser une politique de reprise des nominations, y compris dans les institutions qui avaient pris la décision de ne plus nommer. Ces dispositions de l'accord social ainsi que différents éléments de contexte économique-social (en particulier en matière de pensions) ont incité la plupart des hôpitaux publics wallons et bruxellois à revoir leur point de vue et à nommer de nouveaux agents. Compte-tenu de divers obstacles (la durée de la procédure de nomination, les interventions des tutelles) indépendants des



gestionnaires, plusieurs hôpitaux ont des difficultés à respecter les délais imposés par le Comité de gestion du Fonds Maribel chargé de l'exécution de l'accord social. Santhea a alerté le Comité de gestion sur ces problèmes et obtenu l'assouplissement des règles (en ce qui concerne les délais à respecter) pour obtenir les primes prévues par l'accord social. Santhea tient à souligner le rôle positif joué dans ce dossier par l'ensemble des partenaires syndicaux.

### › Fonds maribel pour le secteur public et pour le secteur privé. Impact de la 6<sup>e</sup> réforme de l'Etat sur le Maribel

Les membres des Comités de gestion ont été informés des principaux changements sur un certain nombre de réductions fédérales des cotisations patronales suite à la 6<sup>e</sup> réforme de l'Etat. La note de l'administration conclut que la réforme impliquera une série d'adaptations techniques qui resteront toutefois neutres budgétairement pour le Maribel social et n'aura pas pour conséquences de diminuer les dotations Maribel. Le Maribel social reste une compétence fédérale. Comme il l'avait fait en 2013, santhea a continué à attirer l'attention sur le fait que le mécanisme du Maribel qui répond à une logique d'augmentation continue de l'emploi n'est plus adapté au contexte d'austérité budgétaire à laquelle tout le secteur à profit social (privé et public) est confronté. En sont témoins les demandes de plus en plus fréquentes d'institutions qui sollicitent une dérogation à l'augmentation du volume de l'emploi, c'est-à-dire qui demandent le maintien de leurs emplois Maribel alors qu'elles sont contraintes de diminuer le volume de leur emploi. Conscients de ce fait, tant les représentants des employeurs que les syndicats ont décidé d'utiliser une partie significative des moyens supplémentaires disponibles en 2014 pour augmenter les plafonds de l'intervention par emploi Maribel.

Les représentants des employeurs et des syndicats au sein des Comités de gestion des Fonds Maribel ont par ailleurs vu leur responsabilité renforcée dans la gestion financière des Fonds au sein desquels ils siègent

par une modification de l'article 14 de l'Arrêté royal du 18 juillet 2002 dont l'alinéa 2 est remplacé par le texte suivant : « *Sur base de critères objectifs et par décision motivée, le Fonds Maribel social compétent marque ou refuse son accord à l'égard de la proposition de réduction du volume de l'emploi et détermine les modalités de la réduction ou de la résiliation éventuelle des interventions financières octroyées à l'employeur* ».

### › Entrée en vigueur de Mediprima

Depuis plusieurs années, prestataires de soins et CPAS sont demandeurs d'un mode de fonctionnement uniforme, rapide et simplifié en ce qui concerne les différentes interventions en matière d'aide médicale. Le projet Mediprima développé par le SPP Intégration sociale veut répondre à cette demande en organisant une collaboration intensive entre tous les partenaires concernés afin de simplifier et d'accélérer le traitement et le contrôle des factures concernant les soins médicaux dispensés aux personnes qui bénéficient d'une prise en charge par un CPAS. Santhea a suivi le développement du projet, a assuré l'information à ses membres mais a joué également un rôle important dans le suivi du projet. A ce niveau, santhea, en collaboration avec les autres fédérations hospitalières a pu obtenir une période transitoire pour la mise en œuvre du projet, en vue d'éviter le probable chaos lié au calendrier serré voulu par la ministre de tutelle.

# La formation permanente 2014, une année de transition

LE RAPPORT D'ACTIVITE DE SANTHEA est une vitrine et une réelle opportunité pour dresser le bilan des initiatives de l'année, notamment de la formation permanente que santhea organise en partenariat avec l'Unipso: fréquentation, public cible, matières abordées, taux de satisfaction, suggestions et demandes spécifiques.

Depuis le second semestre de l'année 2010, le programme se décline en 3 Axes, définis par les prescrits légaux de 2006<sup>1</sup> qui structurent le Cadre infirmier et la formation permanente obligatoire. Ces axes qui traitent de la Planification des horaires, du Bien-être au travail et de la Gestion d'équipes, constituent également la base du programme de formation permanente obligatoire à l'attention des Cadres non infirmiers hospitaliers et non hospitaliers<sup>2</sup>.

Depuis l'année 2011, environ 450 Cadres des Institutions hospitalières et du secteur de l'accueil et de l'hébergement des personnes âgées, s'impliquent chaque année, durant au minimum 16 heures dans l'apprentissage et la remise en question de leurs acquis, soit un volume annuel d'environ **7200 heures** de formation dispensées de façon décentralisée dans la Région Bruxelloise, dans les Provinces de Liège, Luxembourg, Namur et en Hainaut.

## **2014 est une année de transition entre deux cycles du programme de formation « santhea-UNIPSO » :**

- parce que le contenu de certains axes préfigure et s'inscrit déjà dans le prochain programme « 2015-2018 »;
- parce que l'on différencie le public cible en fonction des thèmes et;
- parce que l'on assiste aussi à l'élargissement du public cible avec l'arrivée d'autres métiers.

Cette année, nous avons choisi de parler de deux projets: le développement de l'axe A, qui traite de la planification des horaires, et la création d'un module de l'axe B, exclusivement réservé aux Directeurs des Départements infirmiers.

1. AR du 13 juillet 2006 (MB du 28 août 2006) portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction d'infirmier en chef - AR du 14 décembre 2006 (MB du 24 janvier 2007) portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction d'infirmier chef de service et la fonction de chef du Département infirmier.

2. Circulaire du 12 novembre 2009, SPF Santé Publique, Direction Générale - Organisation des établissements de soins - Monsieur Chris DECOSTER.



## 1. Axe A : Législation sociale et planification de l'horaire.

La législation sociale et la planification de l'horaire sont abordées en 4 jours. Les deux premières journées sont consacrées à la législation sociale et aux différents types de congés, sous des aspects théorique et pratique. Les jours «3» et «4» traitent de la planification des horaires, également selon un schéma théorique et pratique. Les modalités de suivi de ces journées sont laissées à l'appréciation des participants qui assistent le plus souvent aux deux premières journées au cours d'une première année, et aux deux dernières journées l'année suivante.

Il s'agit d'une matière dense, exigeante et dont la maîtrise pourrait sans doute être facilitée et garantie par le suivi des 4 jours « à la suite » au cours d'une même année. Il s'agit aussi d'une matière très spécifique, ce qui nous a poussés à distinguer un module pour le personnel du secteur hospitalier et un module à l'attention du personnel des maisons de repos et maisons de soins.

Vous êtes-vous déjà représenté la difficulté que constitue, pour un infirmier en chef, l'élaboration d'un horaire, en s'efforçant de satisfaire à la fois parmi son équipe, le célibataire qui a besoin d'argent, la mère de famille qui ne veut plus prester de nuits, celui qui vient de perdre son conjoint et qui a trois enfants en âge scolaire, celle qui est récemment séparée avec deux enfants en bas âge, le « mi-temps » qui souhaite prester des journées complètes, le temps partiel qui partage son temps de travail avec un autre employeur, et ceux qui espèrent une répartition plus équitable des horaires inconfortables ... tout en respectant la législation sociale?

Le type de situation décrite dans l'encadré n'est pas rare et pourrait encore se « compliquer » de bien d'autres particularités, comme par exemple le refus des prestations supplémentaires par la Direction Générale de l'hôpital.

***Le programme de formation ambitieuse et est en mesure de fournir une réponse à cette problématique***

L'horaire est un modèle de recherche opérationnelle, orienté précisément vers la recherche de la meilleure façon d'opérer des

choix, en vue d'aboutir au résultat visé ou au meilleur résultat possible. Ce domaine peut faire appel à la modélisation des processus, sachant qu'un certain nombre d'éléments, tels les contraintes légales ou le climat social, sont difficiles à modéliser.

Il faut par ailleurs relever que le métier d'infirmier est considéré par la plupart comme un métier en pénurie. Les Cadres infirmiers sont aussi soumis à une pression syndicale plus ou moins forte, dès lors que tout changement apporté à l'horaire « définitif » devrait pouvoir être valorisé sous forme de primes.

L'imposition ou le choix de l'horaire peut encore être considéré, soit comme une récompense, soit comme un moyen de coercition. Planifier un horaire est chronophage et peu gratifiant.

Sur ces bases et constats, on le voit, il pourrait s'avérer très utile de définir un certain nombre de règles pour planifier l'horaire du personnel: des règles de contrainte et d'optimisation, suivant que l'on traite de notions qui relèvent de la composition de l'équipe soignante, d'un règlement d'ordre intérieur de l'unité de soins, de desiderata généraux et/ou de souhaits particuliers du personnel.

***L'horaire concerne des personnes humaines, le personnel, soucieuses du meilleur service à offrir à une autre population humaine, les patients. L'horaire devrait pouvoir garantir, à chaque membre de l'équipe, un équilibre entre sa vie privée et sa vie professionnelle et de façon plus générale, des conditions de travail optimales.***

Pour tenter de répondre à ces divers aspects, le programme de formation «santhea-Unipso», centré sur la planification de l'horaire, réfléchit d'une part à l'intégration de diverses valeurs à caractère managérial, et travaille d'autre part sur les comportements. Le programme de formation étudie les aléas, les imprévus et les contraintes. Il

les décline ensuite en études de cas et en jeux de rôles.

Le programme de formation, c'est la définition d'objectifs pédagogiques, l'utilisation d'une méthode spécifique et le recours à diverses références : la « parabole sur les cailloux », le « modèle vie », la théorie d'Adams sur l'équité, le contrat psychologique, l'analyse de risque et « le dilemme du prisonnier ».

Le programme de formation, c'est enfin l'étude de cas et l'exercice du jeu de rôle. Il s'agit d'un exercice de capacité d'ouverture aux demandes, de mise en évidence de l'intérêt de l'unité de soins,

de capacité à trancher sur base d'arguments légitimes et arbitraires. Il faut pouvoir sortir d'une position manichéenne et garantir à celui qui n'a pu avoir gain de cause, la prise en compte ultérieure de cette demande, voire d'une prochaine demande.

Au terme de la journée de formation, chaque participant doit pouvoir repartir vers son hôpital avec son référentiel. Il doit ressentir l'obligation d'éviter le sentiment d'impunité, il doit trouver son équilibre au sein de l'équipe pour arbitrer et favoriser la collaboration. Il doit avoir le sentiment d'avoir été capable de résoudre un exercice difficile.

Les questionnaires d'évaluation, complétés par les participants au terme du programme de l'Axe A, suggèrent un taux de satisfaction d'environ 85%. Les participants se sont dits ravis des méthodes employées par le formateur, Monsieur Michel AMIEL.

## **2. Axe B : le métier de Cadre. Un module exclusivement réservé aux Directeurs des Départements infirmiers.**

Nous avons proposé ce module, spécialement dédié aux Directions infirmières, dans le cadre de l'objectif spécifique de création des connaissances du programme de formation. La



création des connaissances est un processus. Selon NONAKA & TAKEUCHI<sup>3</sup>, elles ne peuvent être créées que par les individus, mais l'organisation peut les y aider, notamment en leur fournissant un contexte favorable. La participation des Directions au programme de formation procède de cette intention et s'inscrit parfaitement dans cette optique en jouant un rôle fondamental de levier.

**Santhea propose une formation dynamique et collective, où les participants sont en interaction avec le formateur, mais également les uns avec les autres. Les partages et les**

**retours d'expérience se fondent globalement sur la recherche de solutions optimales dans la gestion du Département infirmier.**

Les points abordés correspondent à peu de chose près aux matières prévues dans les 3 axes du programme de formation. Nous parlons de bien-être au travail, de la motivation de tout le monde, du souhait de diminuer l'absentéisme tout en augmentant l'efficacité dans le travail. Nous parlons plus généralement de gestion humaine et de professionnalisme aux divers échelons du département infirmier.

Le programme se décline en 3 modules. Les deux premiers modules couvrent deux journées de 8 heures. Le troisième se déclinera en 4 demi-jours d'intervention.

**Le premier module « Devenir manager coach »,** aborde le management et le leadership, le management situationnel, les points clés du fonctionnement des groupes et des organisations, ainsi que l'organisation du travail et la gestion de projet.

**Le second module « Piloter une équipe projet »,** traite de diverses notions comme par exemple l'équipe, le groupe, la motivation, le travail par objectifs, la gestion des priorités et du temps, les outils d'évaluation et la gestion du changement.

**Le troisième module « Accompagnement des pratiques managériales »,** a pour objectif d'installer dans la durée les changements initiés lors de la formation, de développer les principes de l'organisation apprenante et de soutenir les participants dans leur dynamique de porteurs de projet.

Le premier module a débuté avec un premier groupe en décembre 2014. Il se poursuivra au cours des premier et second semestres 2015.



## POUR CONCLURE

Quelques bonnes raisons pour suivre le programme de formation santhea-Unipso :

- le complément fonctionnel,
- le label « Santé Publique »,
- le respect des prescrits légaux,
- la motivation et la progression du personnel,
- la qualité des formateurs,
- la convivialité,
- la proximité des lieux de formation,
- un programme actualisé chaque année,
- les tarifs
- ...

## ET EN PERSPECTIVES

*Vers une reconnaissance et un label de qualité pour le programme de formation «santhea-Unipso»? Evaluation des points faibles et des points forts par les Directions des Départements Infirmiers et des Ressources Humaines des structures affiliées. Affaire à suivre.....*





Janvier

**Février**

Mars

Avril

Mai

Juin

Juillet

Août

Septembre

Octobre

Novembre

Décembre

Partie **2**

**Février 2014**

# Thèmes abordés Février 2014

## › Formation d'un groupe de professionnels à la philosophie de trois référentiels d'accréditation

Dans le cadre des activités de la Plateforme mise en place en 2013 pour coordonner les initiatives des acteurs des soins de santé en matière de qualité et de sécurité, un groupe de trente professionnels a été formé à la philosophie de trois référentiels d'accréditation (Haute Autorité de Santé, Joint Commission International et Accreditation Canada International). Les professionnels de ce groupe sont disponibles pour informer les hôpitaux qui en feront la demande sur ce qu'est l'accréditation, sa plus-value, ses difficultés, ...

## › Les services PIT (CNEH/D/442-2)

L'objectif est de donner une base légale au PIT, actuellement à l'état expérimental dans 16 hôpitaux. Pour le CNEH, le PIT devrait de préférence se nommer « *Pre hospital Intervention Team* » au lieu de « *Paramedical Intervention Team* ». Le PIT doit être une fonction hospitalière programmée et couplée à une fonction SUS. Cette fonction peut être créée par l'intermédiaire d'une association d'hôpitaux comme le prévoit la loi sur les hôpitaux. Le CNEH plaide pour que, dans le cadre d'une organisation efficace de l'urgence médicale, le PIT ne se déplace pas simultanément au SMUR.

L'Arrêté royal de programmation doit être publié en même temps que les normes d'agrément. La programmation doit tenir compte des zones dites blanches qui sont définies par un délai de prise en charge de l'urgence par le SMUR supérieur à 20 minutes.

Le CNEH estime que la programmation des PIT en tant que fonction hospitalière doit s'accompagner d'un débat sur la méthodologie utilisée au niveau de la cartographie utilisée dans les centres 112.

L'avis du CNEH est basé sur un rapport très documenté élaboré par le

groupe de travail PIT à partir des expériences PIT actuelles. Ce rapport contient également des propositions de programmation, d'agrément et de financement des PIT.

## › Comité d'accompagnement Datawarehouse avec la Région Wallonne

Comme chaque année, le comité d'accompagnement du projet Datawarehouse santhea s'est tenu à l'administration de la Région Wallonne pour faire le bilan de l'année écoulée, des avancées engrangées, des difficultés rencontrées et des perspectives pour le futur.



# Omniprésence en filigrane...



## Les partenaires sociaux : notion floue, au contenu variable ?

La référence aux « partenaires sociaux » est omniprésente dans l'actualité.

On y recourt sans cesse et dans de multiples contextes, notamment dans le cadre de mouvements sociaux et autres événements marquant la vie du tissu économique – et, plus largement, de la société –, mais aussi pour esquisser la genèse de nouvelles mesures sectorielles ou intersectorielles.

Les partenaires sociaux sont d'une part les représentants des organisations syndicales et d'autre part, ceux des fédérations patronales.

La réalité de ce que recouvre cette locution reste cependant, pour beaucoup, assez floue. Cela s'explique vraisemblablement par le fait que ces termes englobent non pas *une* mais *des* réalités différentes.

S'il y a cependant une constante que l'on peut dégager quand on parle de partenaires sociaux, c'est la suivante : quel que soit leur périmètre d'action, les partenaires sociaux représentent, défendent et négocient.

## La concertation, un géant aux pieds d'argile

Le dialogue social et les négociations qui en sont l'indispensable corollaire occupent une place prépondérante dans l'activité de notre fédération. Nous travaillons à la défense des intérêts des institutions de santé affiliées à santhea dans de nombreux lieux de concertation et au sein de moult instances, de manière tantôt bipartites (employeurs et syndicats), tantôt tripartites (employeurs, syndicats et autorités).

En tant que partenaire social majeur dans le paysage du secteur des soins de santé, nous sommes ainsi amenés à nous positionner dans des dossiers touchant à tous les domaines de l'activité du secteur (médical, économique, social, etc.).

Pierre angulaire de notre modèle social, cette tradition de concertation est bien ancrée dans le fonctionnement institutionnel de notre pays.

Cette réalité a cependant connu quelques remous ces dernières années suite aux difficultés socioéconomiques et politiques que rencontre la Belgique à l'instar de ses voisins européens. Ce dialogue est ainsi devenu plus difficile au fil du temps. Nous n'avons toutefois pas, pour autant, ménagé nos efforts pour continuer à remplir nos missions au mieux des intérêts de nos membres.

### Une présence micro et macro

La concertation sociale locale, qui rythme la vie des institutions de santé est évidemment un aspect majeur de la vie sociale du secteur. Elle est bien sûr liée au quotidien de l'institution et à sa réalité de terrain, mais pas seulement.



Elle est en effet indéniablement également impactée par ce qui se passe aux autres niveaux de la concertation sociale.

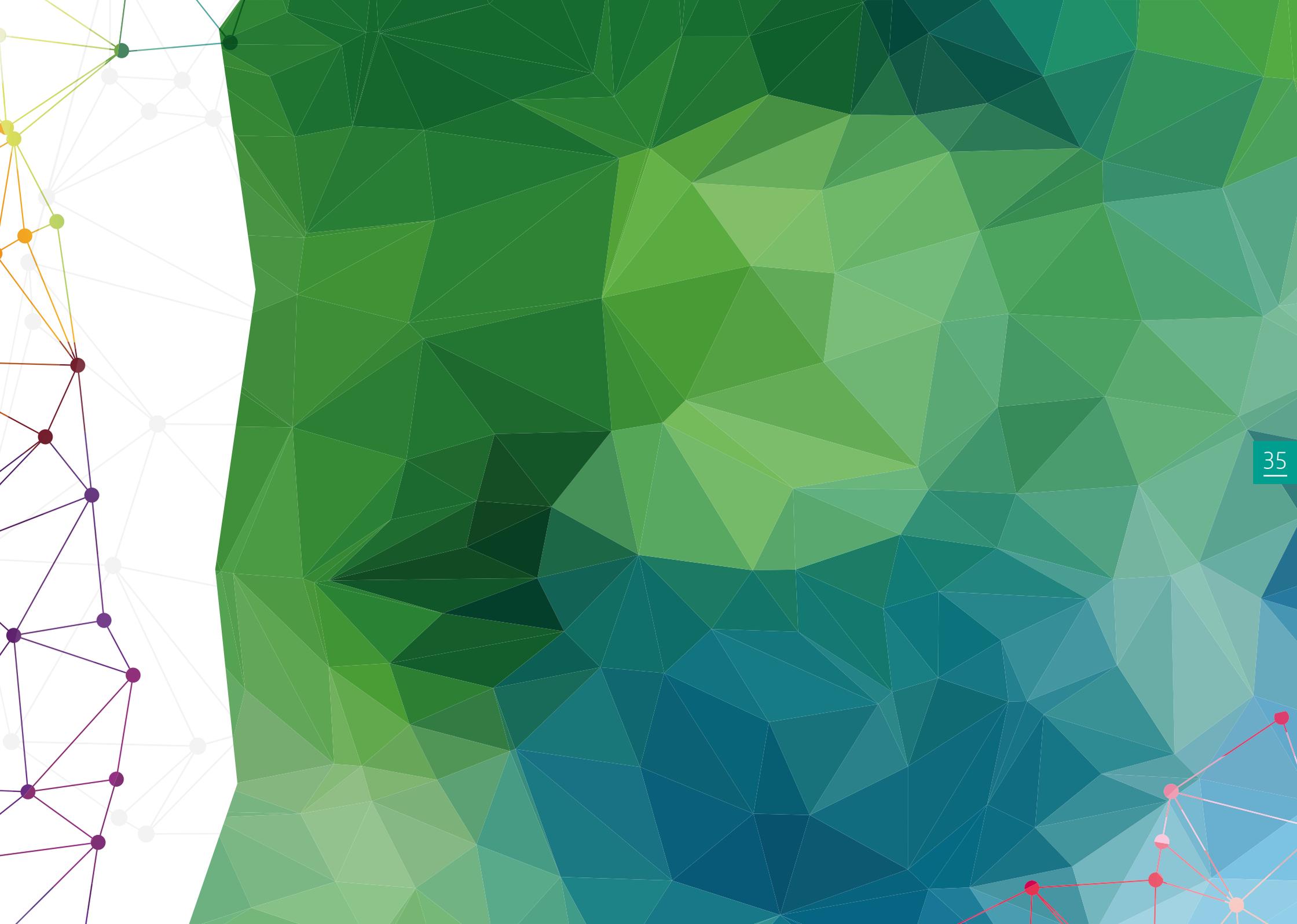
Nos membres connaissent déjà bien notre activité au niveau du secteur, ne serait-ce qu'au travers des notes d'informations publiées sur notre extranet et autres médias auxquels santhea recourt pour communiquer.

Notre action au sein des niveaux de concertation, de négociation et, disons-le, de lobbying, ne se limite toutefois pas à ce champ d'action sectoriel.

En effet, notre présence se marque aussi au sein de structures plus «larges» comme les structures représentant le secteur non-marchand dans son ensemble – appelé également «secteur à profit social» – tant au niveau fédéral qu'au niveau régional, ou encore au niveau européen.

Santhea est ainsi affiliée à quatre fédérations, qui sont l'Unipso, la CBENM, l'Unisoc et HOPE.

L'Unipso est une confédération patronale intersectorielle qui représente et défend le secteur à profit social francophone et germanophone auprès des pouvoirs publics et des autres acteurs sociaux. La CBENM joue le même rôle au sein de la Région de Bruxelles Capitale. L'Unisoc est quant à elle leur homologue fédéral. Enfin, HOPE est une association européenne représentant des fédérations d'hôpitaux publics et privés européennes (ainsi que, pour les pays autrement structurés, les autorités nationales, régionales et locales dont dépendent les hôpitaux). Au sein de chacune de ces organisations, nous portons la voix de nos membres, rappelons les enjeux du secteur et attirons l'attention sur ses besoins, sa réalité mais aussi sur la richesse qu'apporte le secteur des soins de santé tant à la société civile, de par son rôle humaniste, qu'à l'économie du pays. Trop souvent en effet, les autorités publiques nationales, régionales et supranationales tiennent peu compte des spécificités du secteur des soins de santé de sorte qu'il nous faut sans cesse veiller à les souligner, les rappeler, voire à les expliquer à leurs représentants.





Janvier

Février

**Mars**

Avril

Mai

Juin

Juillet

Août

Septembre

Octobre

Novembre

Décembre

Partie **2**

**Mars 2014**

# Thèmes abordés Mars 2014

## > Accréditation : journées OPERA

À la fin du mois de mars se sont tenues les premières journées OPERA unidisciplinaires dans le cadre de la PAQS (Plateforme pour l'Amélioration Continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients). Ces journées étaient destinées aux différentes directions des hôpitaux (généralistes, médicales, infirmières, ...) et avaient pour objectifs de faire réfléchir les participants, entre pairs, à l'opportunité et, le cas échéant, à la meilleure manière, d'initier une démarche d'accréditation dans les institutions de soins.



## > Les réadmissions potentiellement évitables

Le Département Etudes et Qualité a analysé une nouvelle méthodologie, mise au point par 3M, qui permet de déterminer un taux de *réadmissions potentiellement évitables* sur base du RHM. Il est question de distinguer parmi les réadmissions ayant lieu dans un certain laps de temps dans un même hôpital, celles qui sont *cliniquement liées* à l'admission initiale. La notion de « cliniquement lié » est définie à partir de la combinaison des APR-DRG de l'admission et de la réadmission. Il s'agit donc d'une méthodologie nouvelle par rapport aux taux de réadmissions non planifiées calculés par l'IMA, basés uniquement sur la facturation.

## > Hadronthérapie

Le Conseil d'accord d'hadronthérapie a été installé à l'INAMI en mars 2014 sous la présidence du Dr Hilde Ingels. Santhea y est représenté par le docteur Jean Bury.

Après avoir établi son règlement d'ordre intérieur et après avoir pris connaissance des indications thérapeutiques curatives proposées par le Conseil scientifique universitaire dans les pathologies tumorales de l'adulte et de l'enfant susceptibles de bénéficier de ce traitement, le Comité a pu donner son avis sur les premiers cas proposés au traitement.

Depuis mai 2014, 10 cas ont été proposés au traitement sur 11 cas présentés par les Centres belges de radiothérapie qui ont signé la convention avec l'INAMI en application de l'article 56 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

## > Section Financement du CNEH

Outre l'examen habituel des dossiers BMF individuels, le 13 mars 2014, la Section Financement du CNEH a émis pas moins de **10 avis**, aboutissements de plusieurs de ses groupes de travail. Pour le détail, mais également la traduction concrète de ces avis dans le financement hospitalier, nous renvoyons le lecteur aux textes exhaustifs des divers avis et circulaires disponibles sur le site du SPF santé publique, ainsi qu'à la coordination officieuse santhea de l'AR du 25 avril 2002 et sa note explicative 2014 (2014.716).

### 1. Avis de la Section Financement du CNEH relatif à la collecte des données dans le cadre du passage en ICD-10 (CNEH/D/SF/100-3).

Un nouveau timing est proposé par la Section Financement du CNEH avec pour objectifs d'abaisser la tension dans les hôpitaux, rattraper le retard actuel, préparer les codeurs en leur donnant un temps de formation

suffisant, mettre à profit un temps de période de test, et garantir une continuité des enregistrements afin de pouvoir répondre aux demandes notamment internationales en matière de statistiques hospitalières.

À l'issue des débats, 2 propositions ont été retenues :

- une première, soutenue par santhea et une moitié de la Section Financement, vise à « sauter » les enregistrements 2014 en sorte de ne pas accentuer inutilement le retard d'un certain nombre d'hôpitaux, alors qu'un nouveau langage soit être maîtrisé à court terme;
- une seconde, soutenue par l'Administration et l'autre moitié de la Section Financement, obligeant à coder 2014 encore en ICD-9, tout en résorbant le retard, et considérant 2015 comme un exercice « test » (données non utilisées dans le financement).

C'est cette seconde proposition qui sera retenue en définitive par la Ministre.

### 2. Avis de la Section Financement du CNEH concernant la partie B5 du budget (CNEH/D/SF/101-2):

La Section Financement émet un avis à l'issue de longs travaux entamés en 2006, en vue de réformer le calcul de la sous-partie B5. Ces travaux se sont heurtés à la complexité et la multiplicité des sources de financements de la pharmacie hospitalière, et à l'absence de mesure de la charge de travail ou d'indicateurs directs de celle-ci.

En outre, la Section Financement a dû constater l'absence de financement des tâches sans cesse accrues de la pharmacie, en particulier en ce qui concerne la préparation de médicaments (cytostatiques par exemple), alors que des économies importantes ont été générées au niveau du budget INAMI dans le cadre de la forfaitarisation des médicaments et pourraient trouver à se recycler utilement dans les officines hospitalières.

Parmi les tâches non ou peu financées, sont citées: le système Unidose, l'hospitalisation de jour (chimiothérapie), les services de garde, le

fonctionnement du comité du matériel médical, le fonctionnement du comité de transfusion, la stérilisation centrale, la pharmacie clinique, les banques de tissus, les nouvelles normes PIC/S...

### 3. Avis de la Section Financement du CNEH relatif à la création d'un cadastre relatif à l'ensemble du personnel hospitalier – données FINHOSTA (CNEH/D/SF/102-3)

La Section Financement marque son accord sur la création d'un cadastre de l'ensemble des données relatives au personnel hospitalier (y compris le coût de ce personnel), collectées non plus de manière globalisée (actuel tableau 13), mais par individu (numéro anonyme), sous réserve de l'avis de la Commission de la Vie Privée. Le numéro NIS est préconisé par la majorité, malgré le point de vue que nous avons défendu, à savoir la disproportion par rapport à la finalité poursuivie: fournir des informations indispensables aux calculs et contrôles à réaliser par le SPF Santé publique ne nécessite pas



l'atteinte à la vie privée que constitue la communication désanonymisée, au SPF Santé publique, de toutes les données de rémunération, temps d'occupation et parcours professionnel des travailleurs de tous les hôpitaux.

4. Avis de la Section Financement du CNEH relatif au financement en soutien à l'informatisation des hôpitaux (CNEH/D/SF/103-2)

L'Administration a rédigé en février 2014 une note relative au soutien à l'informatisation des hôpitaux, intégrant un modèle de planification et de contrôle extrêmement concret de l'informatisation dans les hôpitaux (plus particulièrement le dossier patient informatisé) et de son financement. Tout en reconnaissant la qualité des informations fournies par l'Administration, la Section financement du CNEH a émis de **sérieuses réserves à l'égard de la proposition** (la majorité de ces réserves proviennent des réactions d'hôpitaux membres de santhea que nous avons répercutées).



En effet, le montant du financement (16 millions) octroyé depuis 2008 est dérisoire par rapport aux coûts auxquels les hôpitaux doivent faire face. La Section Financement renvoie à ce sujet à une fiche budgétaire faisant état d'un besoin de 3% du chiffre d'affaires, soit 237 millions en ce qui concerne le seul secteur BMF.

5. Avis de la Section Financement du CNEH relatif à la **COM et aux modalités de structuration de certains projets pilotes dans le BMF aux 1 janvier et 1 juillet 2014 (CNEH/D/SF/104-3)**

La Section Financement insiste pour que la structuration de projets ne provoque pas de sous-financement structurel pour les hôpitaux. On ne peut structurer 'à minima', soit en prévoyant un volume d'ETP insuffisant pour accomplir les missions, soit en se référant à des coûts moyens salariaux insuffisants par rapport aux qualifications demandées.

6. Avis de la Section Financement du CNEH relatif à l'instauration de **sanctions liées à la transmission tardive, au-delà des délais légaux, des enregistrements de données obligatoires (CNEH/D/SF/105-2)**

Dans le cadre de cet avis également, santhea a beaucoup participé aux réserves émises.

La Section Financement :

- marque son accord sur la création d'un article unique dans l'Arrêté royal du 25 avril 2002 qui regroupera tous les financements relatifs aux enregistrements sous réserve que les montants par collecte soient définis distinctement et toujours calculés selon les modalités actuelles;
- comprend l'importance pour l'administration du SPF et pour le secteur lui-même de disposer dans des délais utiles des informations requises pour la fixation des budgets des moyens financiers (données les plus récentes possibles dans le financement, données contrôlées et validées dans des délais raisonnables, feedbacks...);

- souhaite néanmoins rappeler le sous-financement structurel des équipes d'enregistrement à hauteur de 50 millions € (voir à ce sujet une fiche budgétaire existante);
- rappelle également que les hôpitaux qui rentrent leurs données tardivement ne le font pas par choix délibéré, mais à la suite de circonstances indépendantes de leur volonté et il serait paradoxal qu'un système de sanctions vienne accroître encore leurs difficultés;
- considère que des sanctions liées aux dépassements des délais légaux dans le cadre de l'envoi des collectes obligatoires (FINHOSTA, RHM, Enquête statistique, SMUR), ne pourraient être introduites que sous certaines conditions.

7. Avis de la Section Financement du CNEH relatif aux transferts des mini-forfaits (CNEH/D/SF/106-2)

La Section Financement soulève tout d'abord 2 problèmes (pointés par santhea) lors du transfert du budget: d'une part l'oubli des patients non O.A. et d'autre part celui de la prise en charge des assurances complémentaires lors de ce type de séjour.

La Section Financement a examiné les facturations d'honoraires couplées à la facturation d'un mini-forfait: elle a constaté des anomalies de facturation et déterminé les tendances principales des spécialités concernées, mais n'a pu déterminer quelle part de ces facturations devrait être considérée comme «anormale» ou contrôler a posteriori le bienfondé thérapeutique de l'administration par voie intraveineuse de certaines médicaments.

Certains traitements donnant lieu au paiement d'un mini-forfait ont un coût de préparation en officine à lui seul supérieur à la valeur du mini-forfait moyen (à analyser par le GT B5).

L'avis rendu par la Section Financement concernant les mini-forfaits est très divisé entre les membres.

8. Avis de la Section Financement du CNEH relatif aux modifications à apporter à l'A.R. du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux aux 1 janvier 2014 et 1 juillet 2014 (CNEH/D/SF/107-2)

Par rapport aux réformes institutionnelles, la Section Financement est d'avis que les travaux de reconditionnement non-prioritaires, amortis la première fois au plus tôt en 2016, doivent être considérés comme entamés au 31 décembre 2015 pour autant que l'institution hospitalière concernée dispose de l'accord préalable du ou des ministres compétents le lui signifiant clairement. Ceci ne peut remettre en cause les travaux de reconditionnement non prioritaires, et leur financement, qui auraient été entamés avant le 1<sup>er</sup> juillet 2014. En outre, La Section Financement est d'accord avec la proposition de la Ministre relative à l'élargissement du nombre d'appareillages RMN et aux modalités de leur financement en sous-partie B4. Certains membres de la Section Financement s'interrogent cependant quant à la nécessité de maintenir l'appareillage RMN dans la liste des appareillages médicaux lourds compte tenu des possibilités de substitution envisageables pour l'utilisation de cet appareillage.

En ce qui concerne le B2, la Section Financement est d'accord avec la Ministre pour prendre en considération dans le calcul du nombre de salle d'opérations de l'hôpital A, les prestations chirurgicales réalisées effectivement dans l'hôpital A mais facturées sous un pseudocode 002 par l'hôpital B où est admis le patient sur lequel a été pratiquée l'intervention chirurgicale : les prestations doivent être valorisées dans le financement de l'hôpital où elles sont effectivement réalisées pour ce qui concerne le quartier opératoire. Mais pour ce qui concerne l'attribution des points complémentaires (déciles) les prestations devraient être reprises dans l'hôpital B où séjourne le patient.

En ce qui concerne le B4 « pensions des agents statutaires », la Section

Financement est d'accord avec la Ministre pour utiliser les dernières données définitives relatives aux charges de cotisations de pensions fournies par l'ONSSAPL et connues au moment du calcul pour répartir le budget disponible pour couvrir une partie des charges financières résultant de la réforme des pensions des agents nommés. La Section Financement rappelle cependant une nouvelle fois à Madame la Ministre qu'elle regrette qu'il n'y ait pas une mesure similaire pour les hôpitaux du secteur privé dans le cadre du 2<sup>e</sup> pilier de pension.

Enfin, la Section Financement marque son accord quant à l'utilisation de la version 28 des APR DRG pour les calculs du BMF au 1<sup>er</sup> juillet 2014 et rappelle les remarques émises, en janvier 2014, dans le quatrième rapport du Groupe de travail Enregistrements de la Structure multipartite.

9. Avis de la Section Financement du CNEH relatif aux **modifications à apporter à l'A.R. du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux aux 1 janvier 2014 et 1 juillet 2014 (CNEH/D/SF/108-2)**

La Section Financement est d'accord de ne pas recalculer au 1<sup>er</sup> juillet 2015 de nouveaux forfaits A1 «matériel médical et non médical» (compétences transférées).

La Section Financement serait favorable à mener une réflexion plus globale sur les enregistrements et notamment sur le principe d'un enregistrement en continu des données infirmières dans le cadre du DI-RHM si des moyens supplémentaires étaient octroyés.

La Section Financement attend l'avis de la Structure Multipartite pour poursuivre ses travaux en matière d'affinement des modalités de financement des lits NIC justifiés.

Sur base de l'information reçue et à l'issue d'une seule discussion, le CNEH ne s'estime pas en mesure de se prononcer sur le système des NRG et sur



les modalités d'intégration dans le financement des données DI-RHM via les NRG.

La Section Financement prend acte qu'un maître de stage n'est autorisé à former qu'un nombre maximal de médecins candidats spécialistes (sous-partie B7).

Dans le cadre des Réformes institutionnelles, la Section Financement prend note de la nécessité d'adapter l'Arrêté royal BMF à la suite du transfert des compétences en matière de santé mentale (plateformes de concertation, maisons de soins psychiatriques). En particulier, elle prend acte du transfert du financement de l'enregistrement RPM des MSP, repris dans le BMF des hôpitaux psychiatriques ayant conclu une convention avec une MSP pour assurer cet enregistrement, vers l'enveloppe globale en sous-partie B4 dédiée aux enregistrements, sans plus de lien avec le RPM. La Section Financement ne peut accepter qu'à la suite du transfert de la compétence relative aux MSP, l'obligation d'enregistrer le RPM leur soit maintenue alors qu'elles ne sont plus financées pour le faire.

La Section Financement marque son accord pour pérenniser le financement des 571 emplois «pacte des générations» (sous-partie B4) non visés par les réformes institutionnelles.

La Section Financement marque son accord pour octroyer un financement supplémentaire de 275.000€ à l'ISP (1 ETP médecin et 0,5 ETP infirmier) via la sous-partie B4 et de modifier la liste des surveillances obligatoires et des surveillances au choix dans le cadre des MDRO (« Multidrug resistant organisms»). La Section Financement s'interroge cependant sur la destination effective de ce financement, le montant retenu étant élevé par rapport au nombre d'ETP à financer.

En l'absence d'informations complémentaires sur les conditions de la structuration du financement du projet-pilote relatif aux médiateurs interculturels travaillant via internet, la Section Financement renvoie cette demande à son GT sur la structuration des projets pilotes.

10. Avis de la Section Financement du CNEH relatif aux **modifications à apporter à l'A.R. du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux aux 1 janvier 2014 et 1 juillet 2014 (3<sup>e</sup> demande) (CNEH/D/SF/110-1)**

**A.** Lorsque le nombre de lits justifiés est inférieur au nombre de lits agréés, la Ministre propose de prendre en considération dans le calcul de l'effectif de référence pour la correction moyenne salariale B2, un nombre de points de base correspondant aux lits agréés. L'avis de la Section Financement est divisé: certains soutiennent la proposition de la Ministre, d'autres, dont les représentants de santhea, sont d'avis qu'elle va à l'encontre du principe retenu de calculer la moyenne salariale théorique sur base du personnel effectivement financé et, qu'entre autres, elle sanctionnerait injustement des hôpitaux qui, ne disposant que (ou principalement) du financement de base – largement insuffisant compte tenu des besoins actuels –, prévoient un personnel supérieur à ce financement.

La Section Financement estime que les modalités pratiques d'application de cette correction demandent à être réexaminées et

propose de reprendre les travaux, sans remettre en cause son avis précédent.

Certains membres demandent dans l'intermédiaire, compte tenu des conséquences financières importantes subies, de prévoir une application progressive des règles introduites au 1<sup>er</sup> juillet 2013, sur une période de 5 ans.

L'utilisation du tableau 13 dans sa version remaniée est encouragée.

**B.** La Section Financement est d'accord d'exclure de l'activité prise en compte pour le financement du service Urgences en sous-partie B2, les patients qui peuvent être identifiés comme étant des patients programmés. Elle demande également, en cas de 2 prises en charge pour le même motif au cours d'une même journée, qu'une seule soit prise en compte. Elle souhaite que le SPF exploite les contrôles, audits et clignotants pour éviter tout recours abusif aux services d'urgences et toute manipulation du système en sorte d'en optimiser le financement. Le budget national disponible est insuffisant pour couvrir les besoins: il est primordial d'utiliser strictement ce budget limité pour les patients qui requièrent des soins urgents.

### > 50 ans de l'assurance soins de santé et indemnités

Santhea a été associée à partir de mars, et tout au long de l'année 2014, aux différentes manifestations organisées à l'occasion des 50 ans de l'assurance soins de santé et indemnités. Santhea a en particulier participé activement au « dialogue sociétal » organisé par la Fondation Roi Baudouin à la demande de l'INAMI en vue d'analyser, avec la collaboration de tous les stakeholders, les grands défis auxquels l'Assurance obligatoire soins de santé et indemnités devra faire face au cours des prochaines années et de proposer des pistes d'adaptation en vue de renforcer l'accessibilité, la qualité et la durabilité du système.

# Dialyse

Toutes les études le confirment, la prise en charge précoce des patients insuffisants rénaux et, dans la phase chronique de la maladie, l'implication du patient dans le choix de la technique de substitution à la fonction rénale ont des conséquences non négligeables en termes de survie.

Santhea veut apporter quelques solutions pour parvenir à une plus grande efficacité du traitement de l'insuffisance rénale chronique.

Le financement de la dialyse en Belgique fait l'objet de nombreuses critiques dans la mesure où il n'est pas neutre par rapport à la technique utilisée pour compenser l'insuffisance rénale chronique mais aussi parce qu'il n'a pratiquement aucun lien avec les coûts qu'il est sensé financer.

Santhea a donc décidé de réaliser une étude en vue d'évaluer le plus précisément et le plus complètement le coût réel de chacune des techniques de substitution à la fonction rénale, d'appliquer ces coûts au case-mix actuel des patients qui bénéficient d'un traitement de substitution à la fonction rénale, de comparer (en termes de budget national) le budget nécessaire à la couverture des coûts réels avec les budgets disponibles et, sur base de cette comparaison, faire quelques propositions de financement alternatifs.

Pour réaliser cette étude, le staff de santhea a pu bénéficier de l'aide précieuse de néphrologues, d'infirmiers et de gestionnaires dont la bonne connaissance du secteur a permis d'aboutir à un document qui peut être considéré comme une référence pour toutes les décisions prises dans le domaine du traitement de l'insuffisance rénale chronique.

Cette étude a permis d'objectiver la réalité des coûts de traitement et de formuler quelques propositions pour améliorer la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique.



Cette étude a permis d'objectiver la réalité des coûts de traitement et de formuler quelques propositions pour améliorer la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique.

## Comparaison du coût avec le financement

Le schéma ci-dessous met en évidence respectivement, le coût, le financement et la différence entre coût et financement pour une semaine de traitement (hors honoraires médicaux) selon les différentes formes de prise en charge.

De l'examen de ce schéma, il ressort clairement que la dialyse péritonéale à domicile est le traitement le plus coûteux alors que l'autodialyse en centre n'est réellement intéressante en termes de coûts que si les centres d'autodialyse atteignent une certaine taille

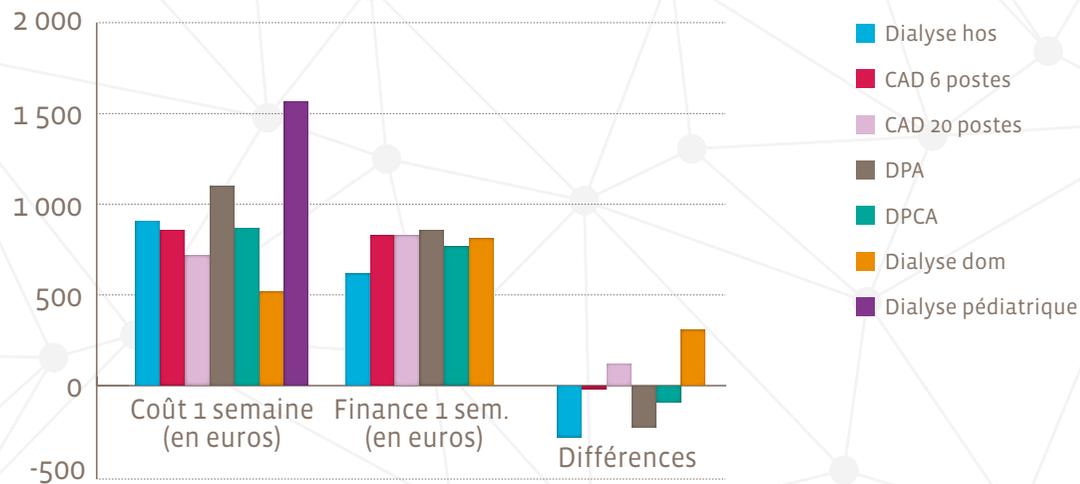
critique ! Ce qui est en contradiction avec la volonté de développer les centres d'autodialyse collective comme des structures relativement petites pour assurer une certaine convivialité, clairement distinctes des grands centres hospitaliers et bien réparties géographiquement pour permettre à la fois une amélioration de l'accès au traitement et un environnement plus proche des conditions du domicile.

Si on compare coût et financement, on constate le manque de cohérence entre les deux puisque certaines formes de prises en charge sont largement sous-financées alors que d'autres sont sur-financées.

Si on compare coût et financement, on constate le manque de cohérence entre les deux puisque certaines formes de prises en charge sont largement sous-financées alors que d'autres sont sur-financées.

Par ailleurs, on constate un budget de fonctionnement nettement insuffisant pour couvrir la totalité des coûts et un budget des honoraires bien trop large pour assurer le financement correct des néphrologues

Compte-tenu du nombre de patients traités, santhea a établi la comparaison entre le budget total disponible pour financer la dialyse et le coût réel total (hors honoraires médicaux) du traitement de l'insuffisance rénale chronique (sur base des derniers chiffres complets disponibles, à savoir 2012).



Forfait	Nombre facturé en 2012	Coût unitaire (en euros)	Budget annuel nécessaire (en euros)
Hospitalier	736.454	303,90	223.808.371
CAD	269.306	$0,5 * 238,07 + 0,5 * 286,52 = 262,30$	70.638.964
Hémodialyse à domicile	10.768	171,39	1.845.144
Dialyse péritonéale (sem)	32.022	872,27	33.193.683
DPCA	7.256	1.100,38	6.329.191
DPA	19.103	$872,27 * 0,3 + 1.100,38 * 0,7 =$	21.020.559
Dialyse péritonéale avec assistance	5.663	1.031,95	5.843.933
Dialyse enfant	960	524,11	503.146
Transport			5.217.000
<b>Total</b>			<b>329.989.308</b>
<b>Budget 2012</b>			<b>262.570.000</b>
<b>Différence</b>			<b>67.419.308</b>

Cette comparaison qui figure dans le tableau ci-dessus montre un coût non financé de 67.419.308 euros.

Par ailleurs, l'activité médicale est financée par un budget clairement identifié au sein du budget des soins de santé.

Sur base des constatations de son analyse, santhea a testé les conséquences d'un prélèvement

d'une partie de l'enveloppe des honoraires pour permettre d'assurer le financement correct, à hauteur de leur coût, des différentes modalités de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique. Sur base du budget et des éléments comptables de 2012, l'enveloppe destinée à la couverture des honoraires passerait de 155.625.000 € à 88.205.692 €. Compte-tenu du fait que les normes applicables aux services hospitaliers imposent, outre le

médecin responsable du centre, la présence d'un autre médecin spécialisé en néphrologie par tranche de 4.000 dialyses par an, soit pour 25 patients, on peut considérer que l'encadrement de 25 patients en insuffisance rénale chronique nécessite une activité médicale à temps-plein (8/10).

En 2012, on répertoriait 4.721 patients traités à l'hôpital, 1.726 patients traités en centre d'auto-dialyse collective et 685 patients traités à domicile, soit un total de 7.132 patients. Compte-tenu de la norme ci-dessus, la prise en charge de ces patients justifie l'activité de 285 néphrologues à temps-plein.

Une simple division du budget disponible (88.205.692 euros) par le nombre de médecins nécessaires aboutit à un budget disponible hors frais de structure et de fonctionnement de 309.494 € par néphrologue et par an.

Santhea en conclut donc qu'il est tout à fait possible avec le budget disponible, à la fois de rémunérer confortablement les néphrologues et de couvrir intégralement le coût des traitements. A condition d'accepter un transfert entre les enveloppes budgétaires!

Santhea est néanmoins conscient qu'agir en ce sens équivaldrait, dans l'esprit de certains néphrologues, à leur retirer une partie du pouvoir qu'ils s'arrogent par le fait qu'ils détiennent, via leurs honoraires et les rétrocessions qu'ils

acceptent sur une partie de ceux-ci, la clé de l'équilibre financier des services de dialyse. Santhea considère néanmoins que cette manière de faire n'est pas normale, qu'elle ne correspond plus à une pratique moderne de la médecine et qu'ils y a d'autres manières de garantir aux médecins hospitaliers une implication réelle dans la gestion des hôpitaux au sein desquels ils exercent leur activité.

## Quelques propositions

Sur base de ses constatations, santhea peut faire les quelques recommandations suivantes :

1. Octroyer aux centres de traitement de l'insuffisance rénale chronique, un forfait équivalent au coût réel de chaque modalité de prise en charge à savoir, en coûts 2013 (index au 1<sup>er</sup> juillet 2013) :



Assimiler les MR/MRS au domicile du patient et octroyer pour les patients qui subissent une hémodialyse ou une dialyse péritonéale au sein de la MR/MRS, un forfait identique à celui qu'aurait perçu le centre si le patient était traité à domicile.

- 912 € par semaine de traitement, indistinctement pour l'hémodialyse en hôpital ou en centre, effectuée le jour ou la nuit;
- 872 € par semaine de traitement pour la dialyse péritonéale à domicile (DPCA);
- 1.100 € par semaine de traitement pour la dialyse péritonéale automatisée à domicile (DPA);
- 562 € par semaine de traitement pour l'hémodialyse à domicile;
- 1.572 € par semaine de traitement pour la prise en charge de l'insuffisance rénale pédiatrique.

2. Encourager l'hémodialyse de nuit pour les patients autonomes souhaitant/nécessitant une surveillance infirmière; cette forme de prise en charge s'avère triplement intéressante:

A. elle maximalise l'utilisation des infrastructures;

B. elle permet au patient d'avoir une activité de jour normale;

C. elle améliore la qualité de prise en charge dans la mesure où la durée de l'épuration est plus longue.

3. Assimiler les MR/MRS au domicile du patient et octroyer pour les patients qui subissent une hémodialyse ou une dialyse péritonéale au sein de la MR/MRS, un forfait identique à celui qu'aurait perçu le centre si le patient était traité à domicile. En contrepartie, le centre prendra à sa charge l'aménagement d'un local spécifique au sein de la MR/MRS, l'équipement du local, la fourniture du matériel et des consommables ainsi que la formation du personnel, la liaison, la coordination et la prise en charge administrative.

Le Centre ristournera à la MR/MRS :

- le montant forfaitaire hebdomadaire pour l'eau, le téléphone et l'électricité (4,08 € par semaine pour la dialyse péritonéale et 5,51 € par semaine pour l'hémodialyse);

- 150 € par semaine de dialyse et par patient pour l'accompagnement infirmier au sein de la MR/MRS;

- l'assurance maladie octroiera une intervention dans le coût des surfaces occupées équivalente à l'économie qu'elle réalise en remboursement des frais de transport, soit 800 € par patient et par an.

Octroyer un honoraire médical identique par semaine (augmenté de 50% pour les patients pédiatriques) par patient suivi par le centre quelle que soit la modalité de traitement choisie

4. Octroyer un honoraire médical identique par semaine (augmenté de 50% pour les patients pédiatriques) par patient suivi par le centre quelle que soit la modalité de traitement choisie. L'ensemble des frais occasionnés par la dispensation du traitement (article 155, 4° de la Loi coordonnée sur les hôpitaux et les autres établissements de soins) étant couvert par les forfaits payés au Centre, cet honoraire médical doit donc être compris comme libre de toute participation à ces frais.

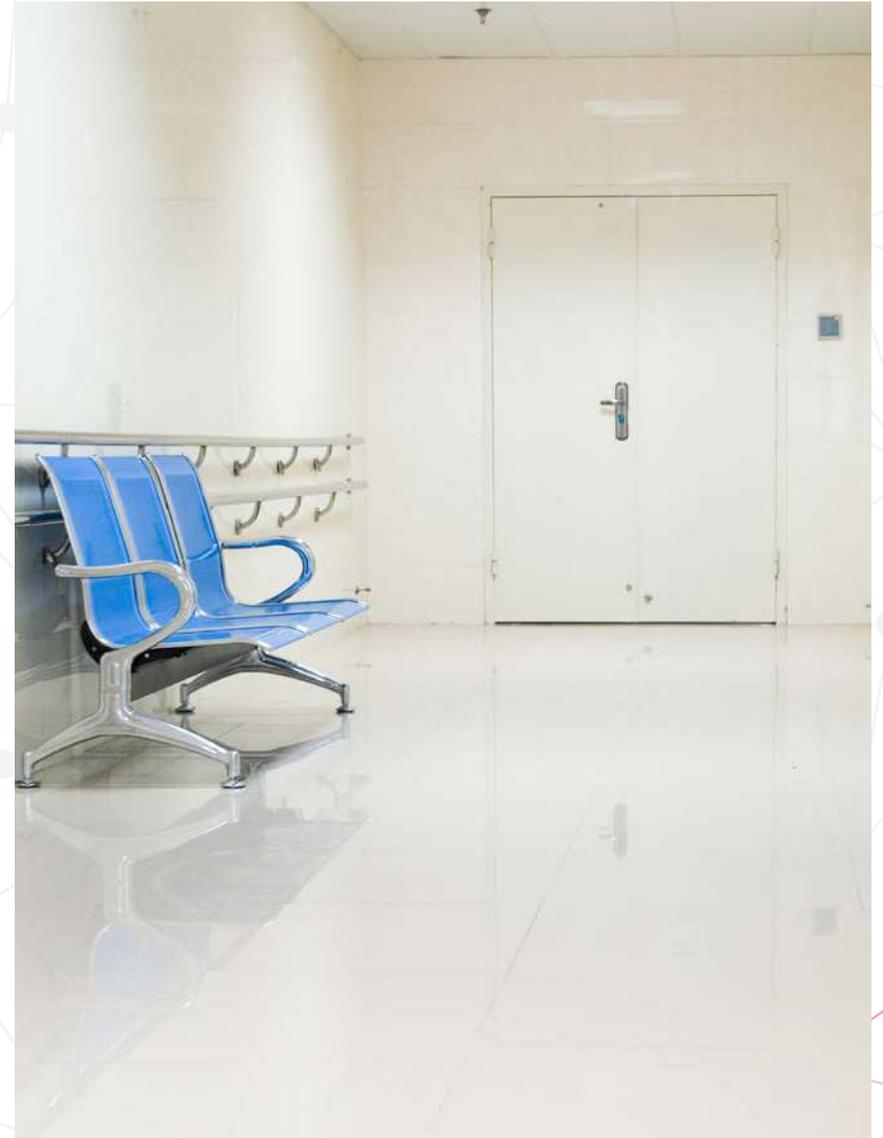
5. Initier l'information sur la dialyse alors que le patient se sent encore bien, présente, selon de nombreux auteurs, divers avantages dont celui de retarder la mise en place du traitement chronique de substitution, une possibilité accrue de prise en charge personnelle du



traitement, une meilleure «appropriation» du traitement choisi ainsi qu'une mise en oeuvre plus facile de ce traitement. Pour permettre une prise en charge rapide des patients concernés et le choix du traitement le plus adapté, santhea propose:

- d'adopter une politique volontariste d'encouragement à la mise en oeuvre du trajet de soins «insuffisance rénale chronique». Santhea propose également une inclusion plus rapide des patients dans le trajet de soins et une augmentation significative de l'honoraire forfaitaire annuel qui y est attaché;
- l'instauration d'une consultation pluridisciplinaire initiale au cours de laquelle le patient (et éventuellement sa famille) se verra présenter les options possibles compte-tenu de sa situation (physique, sociale, matérielle). Cette consultation pluridisciplinaire devrait idéalement réunir le médecin spécialiste, le médecin généraliste, un infirmier, un diététicien (nutritionniste) et un assistant social et inclure, le cas échéant, une visite au domicile du patient. Prévoir un honoraire forfaitaire de 200 € pour cette consultation, représenterait une dépense annuelle de 480.000 € pour l'assurance maladie sur base de 2.400 nouveaux cas par an.

6. Octroyer un honoraire médical (à déterminer) dans le cadre de la préparation et du suivi des patients greffés





Janvier

Février

Mars

**Avril**

Mai

Juin

Juillet

Août

Septembre

Octobre

Novembre

Décembre

Partie **2**  
Avril 2014

# Thèmes abordés Avril 2014

## › Transfert et traitement des données. Nouvelles conventions entre santhea et ses membres

Après un travail mené en étroite collaboration avec la Commission pour la Protection de la Vie Privée durant presque une année, la nouvelle convention encadrant le transfert et le traitement de données par santhea est finalisée. Celle-ci répond aujourd'hui aux nouvelles exigences de la législation sur la vie privée, définit plus précisément les rôles et responsabilités de chaque partie, et tient compte de l'évolution de la production réalisée par santhea en termes d'indicateurs.



## › Projet Absentéisme

Les premiers mois de l'année ont permis d'analyser les résultats de l'enquête lancée en décembre 2013 sur les contraintes techniques propres à chaque institution. Grâce à celle-ci et à la réalisation de différents entretiens individuels, un cahier des charges a ensuite été réalisé. Celui-ci comporte une description précise de la structure des données à transmettre. A côté du cahier des charges, un mémento est mis sur pied pour décrire les différents indicateurs qui seront calculés et fournis sous la forme d'un benchmarking.

En avril 2014 ces deux documents sont soumis aux commentaires et remarques des participants au projet.

## › Montants de référence : Publication le 30 avril 2014 de la loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, modifiant l'article 56ter de la loi AMI.

Pour faire suite à la parution le 30 avril 2014 de la loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé (entrée en vigueur 10 mai 2014), la **coordination officieuse par santhea de l'article 56ter** de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au système des **montants de référence** est mise à jour (coordination 2014.480). La note santhea 2014.558 explicite les adaptations, qui s'appliquent aux admissions qui se terminent après le 31 décembre 2013.

A partir des séjours se terminant après le 31 décembre 2013 – c'est-à-dire lors de l'utilisation des séjours «2014» et suivants (donc en principe lors du calcul définitif 2017 si le rythme d'utilisation des données reste inchangé), le système des montants de référence sera appliqué aux données en APR-DRG **version 28.0** du grouper et non plus version 15.0. Selon une étude préalable de l'Administration, le nombre de séjours concernés par les montants de référence en version 28 (nouveau système) devrait augmenter par rapport à la sélection en version 15.

Un lien plus direct entre l'étape 1 du système (la sélection des hôpitaux devant rembourser) et le calcul de l'étape 2 (la récupération) est enfin instauré. Cette demande est issue d'un avis de la Structure Multipartite du 22 avril 2010, soutenu par santhea. Ainsi, à partir de l'utilisation des séjours «2014» (récupération 2017 en principe), la récupération (par rapport à la dépense médiane) sera opérée auprès des hôpitaux sélectionnés, uniquement pour les APR-DRG, niveaux de sévérité et groupes de prestations identifiés en dépassement lors de l'étape 1, c'est-à-dire pour lesquels les dépenses réelles sont supérieures aux montants de référence.

## > Formation 600

La continuation du projet financé par les moyens non-récurrents du Maribel est mise en cause par les ministres des Affaires sociales et de l'emploi. Elles se posent en effet la question de savoir si ce mécanisme, créé pour faire face à une importante pénurie de personnel infirmier qualifié, répond encore aux besoins et si des alternatives pourraient être mises sur pieds. Les Fonds Maribel (public et privé), chargés de gérer (chacun des fonds de manière séparée) le projet n'ont pas réussi à trouver un accord sur ce dossier, les positions des employeurs et celles des syndicats restant assez éloignées.

Santhea constate que la pénurie de personnel infirmier qualifié tend à disparaître et surtout, qu'avec 25% d'échecs ou d'arrêts en cours de formation, le mécanisme coûte très cher (entre 120.000 et 130.000 euros par personne pour 3 ans de formation). Santhea plaide donc pour une utilisation plus efficace des moyens disponibles et est suivi par la grande majorité des représentants des employeurs. Malgré les réticences des employeurs, le projet a été prolongé pour l'année scolaire 2014 - 2015. Compte-tenu de cette décision, Santhea s'est fortement impliqué dans la mise en place de dispositifs visant à diminuer le taux d'échecs et d'abandons.

## > UNIPSO

Dans le cadre du mandat qu'il exerce en représentation de ses affiliés, santhea a participé au « Tour des Régions » de l'UNIPSO<sup>1</sup>.

Cet événement, organisé en vue des élections du 25 mai 2014, consistait en une série de rencontres entre représentants des secteurs du non-marchand et candidats aux dites élections.

L'objectif poursuivi était de faire part à ces derniers des réalités de terrain du secteur non-marchand ainsi que de ses besoins et priorités pour les 5 prochaines années.

1. Confédération patronale intersectorielle qui représente et défend le secteur à profit social francophone et germanophone auprès des pouvoirs publics et des autres acteurs sociaux.



Santhea s'y est évidemment impliqué plus particulièrement en tant que défenseur des institutions de santé.

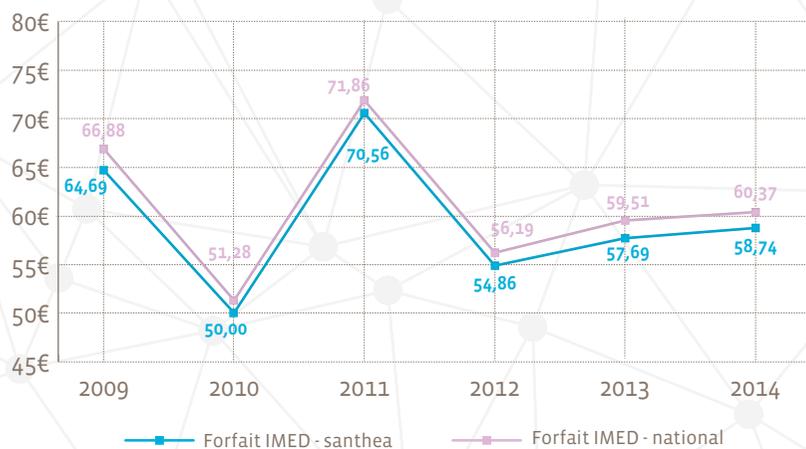
Cette belle initiative de l'UNIPSO a porté ses fruits en parvenant à sensibiliser les candidats et présidents de partis politiques aux spécificités du secteur non-marchand - trop souvent méconnues, voire oubliées - et aux nombreux enjeux actuels et futurs, dont le transfert de compétences ou encore le vieillissement de la population.

Ce Tour des Régions bruxelloise et wallonne fut un succès dont la presse régionale et locale s'est fait écho. Il fut le théâtre de nombre de débats enrichissants et animés, et a permis de rappeler à tous l'importance du secteur non-marchand tant en termes humains qu'économiques.

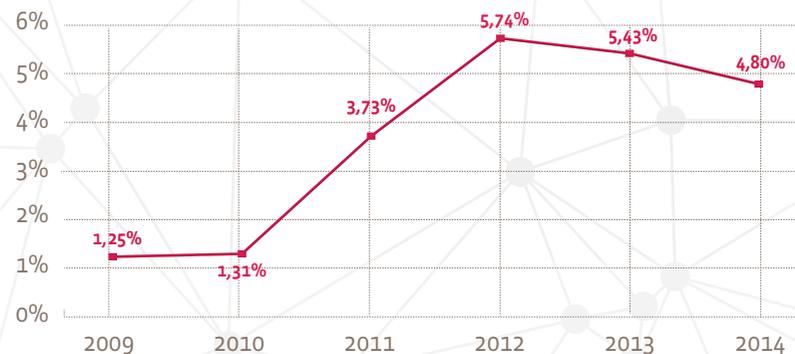
# Tableau de bord Santhea vous aide à voir plus clair !

A partir des données que nos membres nous fournissent, nous sommes en mesure de produire de nombreux indicateurs permettant à chacun d'analyser sa situation personnelle. Ces indicateurs peuvent bien entendu être présentés de manière individuelle, agrégée pour l'ensemble de nos membres ou sous forme de distributions anonymes permettant dès lors à un établissement de se positionner au regard des autres. A terme, cet outil couvrira l'ensemble des aspects de la gestion d'une institution de soins. Santhea souhaite en effet accompagner ses membres dans l'identification des opportunités d'amélioration et ainsi les aider à affronter les nombreux défis qui attendent notre secteur dans les prochaines années.

Evolution du forfait d'imagerie médicale calculé pour l'échantillon santhea et au niveau national

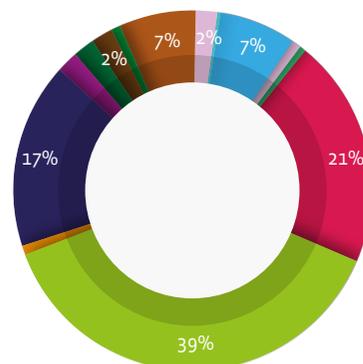


Evolution de la performance\* liée aux dépenses en spécialités pharmaceutiques pour l'échantillon santhea



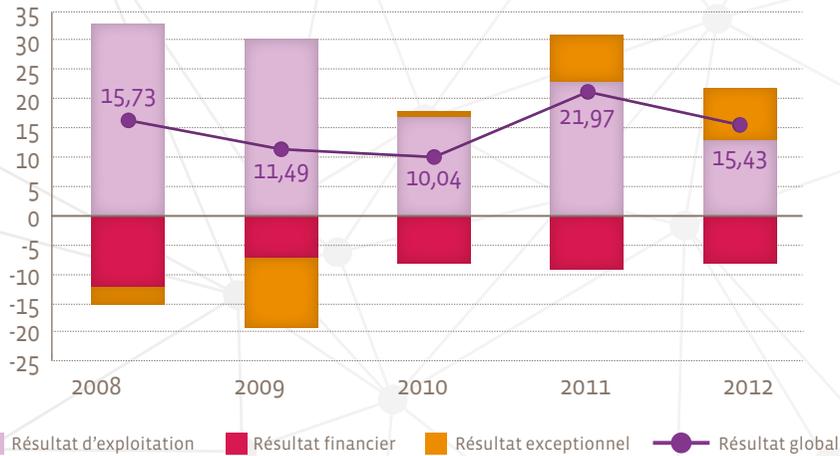
\* Performance : rapport (en%) entre les dépenses observées et les dépenses moyennes nationales

Répartition du BMF 2014 de l'échantillon santhea entre les différentes sous-parties

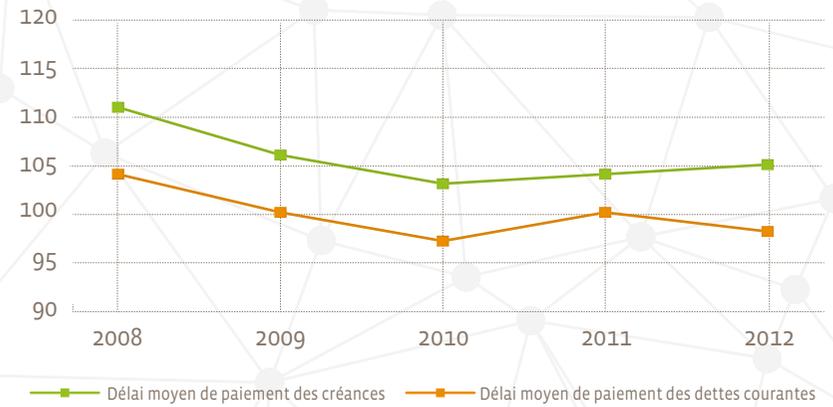


- A1
- A2
- A3
- B1
- B2
- B3
- B4
- B5
- B6
- B7
- B8
- B9
- C1
- C2
- C3
- C4

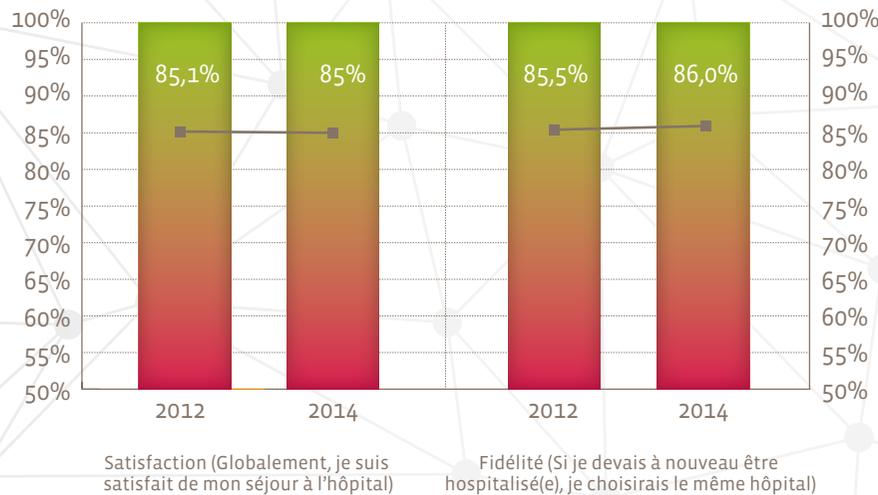
Evolution du résultat de l'exercice pour l'échantillon santhea (en millions d'euros)



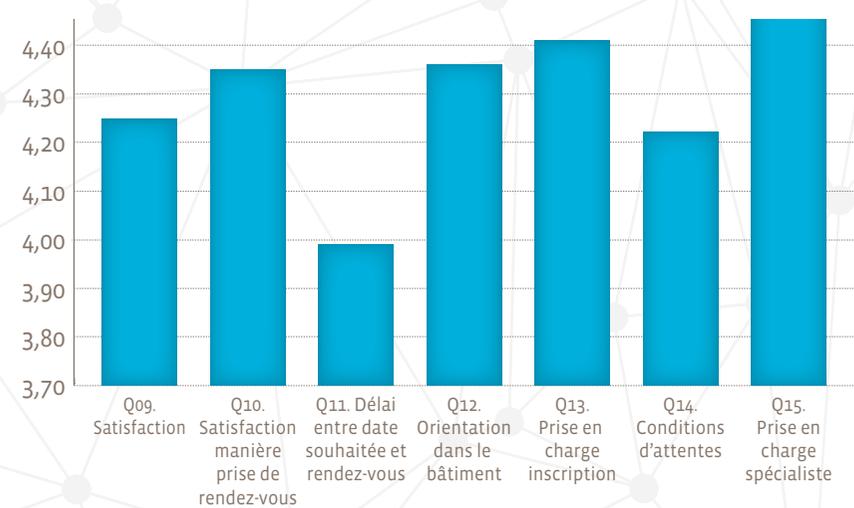
Evolution des délais moyens de paiement pour santhea (en jours)



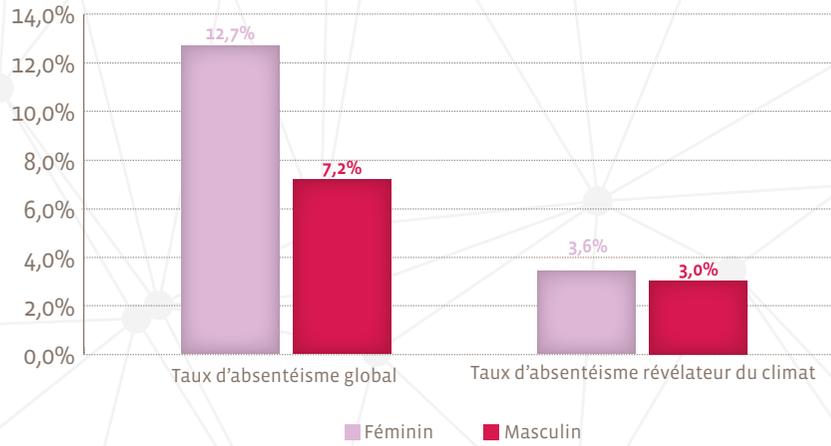
Evolution des coefficients de satisfaction pour l'échantillon santhea (questionnaire général)



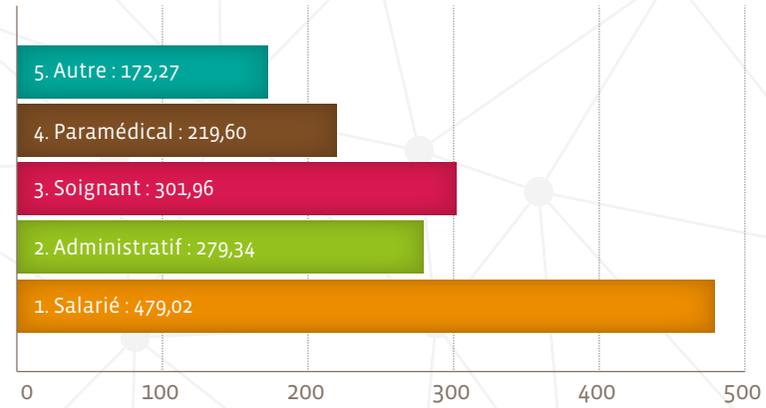
Coefficients de satisfaction liés au questionnaire Consultations pour le 2<sup>ème</sup> semestre 2013, sur une échelle de 1 à 5 (santhea)



Taux d'absentéisme 2013 par sexe (échantillon santhea)

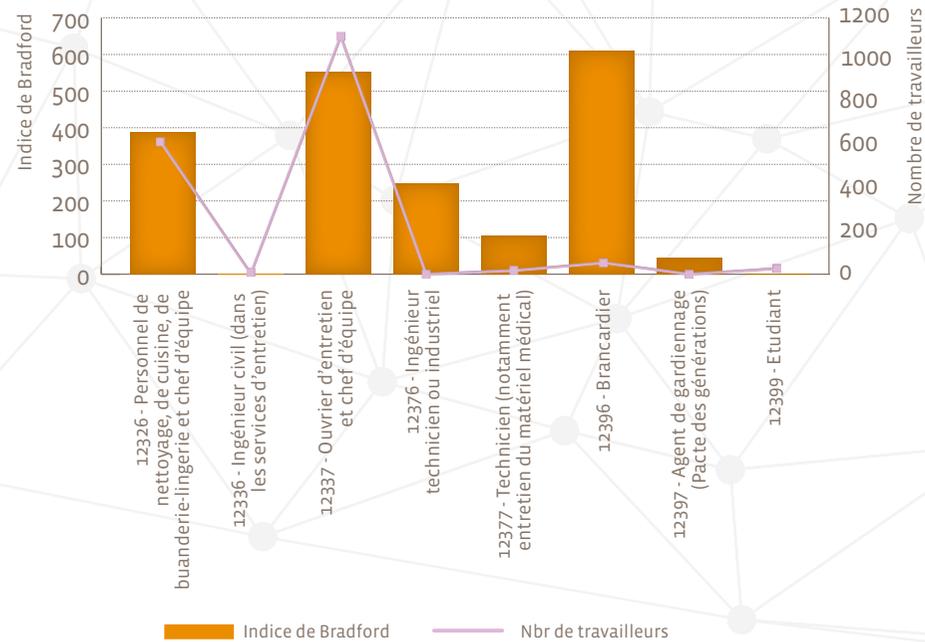


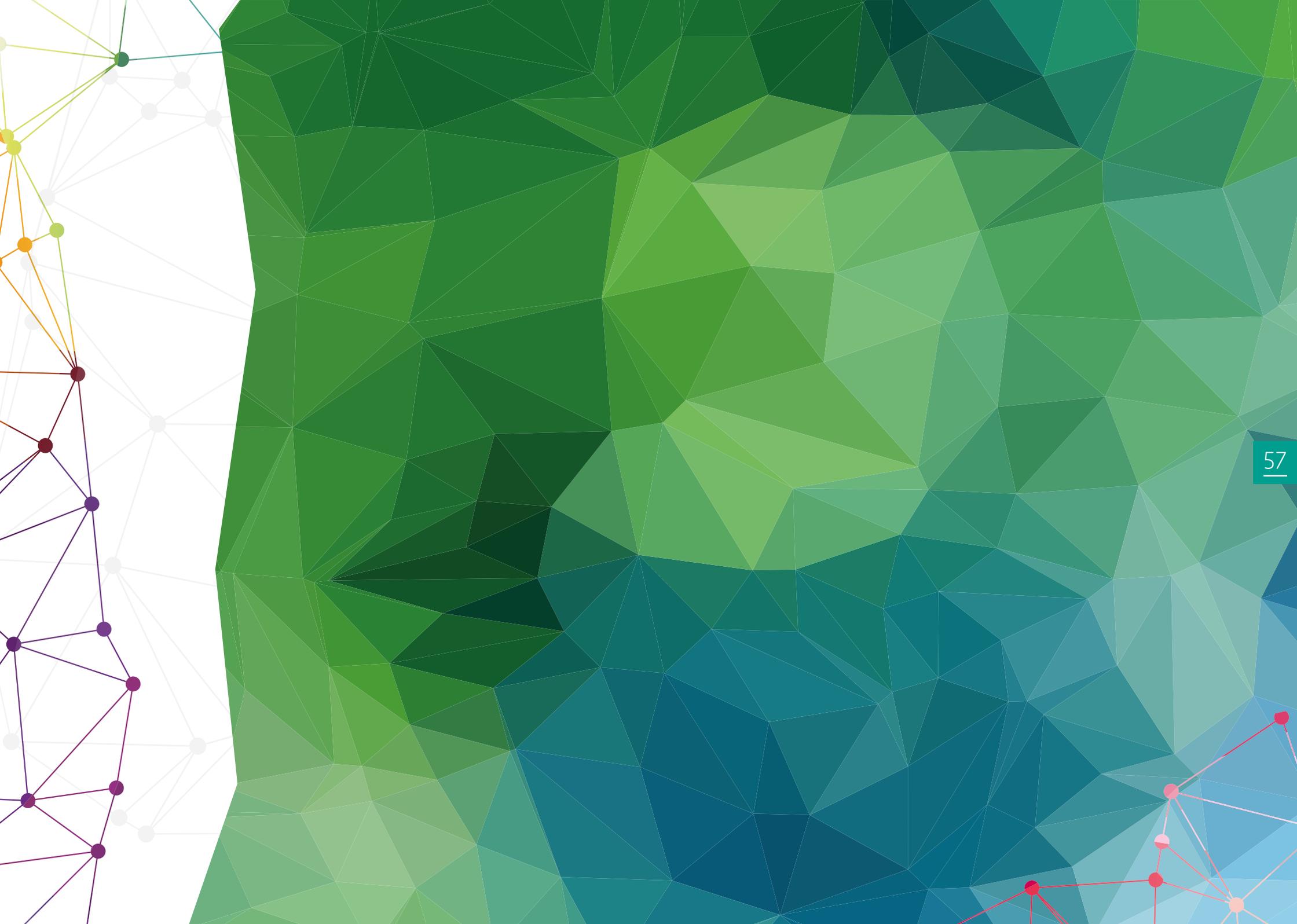
Indice de Bradford\* 2013 par catégorie de personnel (échantillon santhea)



\* Indice de Bradford = (nombre d'absences)<sup>2</sup> x (nombre de jours d'absence injustifiée + nombre de jours de maladie < 1 an)

Indice de Bradford 2013 par grade pour le personnel salarié (échantillon santhea)







Janvier

Février

Mars

Avril

**Mai**

Juin

Juillet

Août

Septembre

Octobre

Novembre

Décembre

Partie **2**

**Mai 2014**

# Thèmes abordés Mai 2014

## > Lancement des travaux pour les nouveaux questionnaires Satisfaction Patients

Le projet Satisfaction Patients a été lancé en janvier 2011 dans le cadre du Partenariat Sécurité Qualité signé avec les Mutualités Socialistes. Aujourd'hui, le projet a pris une ampleur certaine avec plus de 20.000 questionnaires traités annuellement et une vingtaine d'institutions participant à celui-ci. Au mois de mai 2014, le travail de développement de trois nouveaux questionnaires thématiques a débuté. Les sujets traités seront la Maternité, la Pédiatrie et les Urgences. La mise en circulation de ces nouveaux questionnaires devrait avoir lieu dans le courant du premier semestre 2015.



## > Comité technique consacré à l'étude « Evolution des besoins en capacités hospitalières »

Cette réunion fût l'occasion de soumettre aux membres du comité technique une première série d'hypothèses qui seront amenées à être développées dans l'année. Des recommandations et conseils ont été formulés, accompagnés d'un avis positif des participants quant à la finalité de l'étude.

## > Formation continue de l'équipe du Département Etudes et Qualité

La volonté de garantir un travail de qualité requiert une mise à jour continue des connaissances techniques et théoriques des membres du Département qui ont, dès lors, été amenés à suivre une série de formations portant notamment sur la maîtrise approfondie de logiciels d'analyse de données (Excel, SAS Enterprise Guide) et à l'usage de méthodes avancées de prédictions statistiques.

## > Notification du forfait Spécialités Pharmaceutiques

Suite à la demande adressée par santhea à l'INAMI de fournir plus de détails que le code ATC2 dans la notification du forfait Spécialités Pharmaceutiques, les hôpitaux ont reçu en mai 2014 le détail du calcul du forfait par codes CNK. Un code CNK est attribué pour chaque médicament sur base de sa dénomination, sa forme galénique, sa composition, son dosage et son conditionnement. L'avantage, par rapport aux codes ATC2, réside notamment dans le fait qu'une seule voie d'administration est valable par code CNK. Les comparaisons de pratiques entre institutions deviennent donc envisageables et permettront à nos membres d'éventuellement adapter leur gestion quotidienne des médicaments.

### > Centralisation des soins en oncologie (CNEH/D/443-5)

L'avis donné par le CNEH concernant la centralisation des soins en oncologie dans les établissements hospitaliers belges envisage les points suivants qui devraient sous-tendre ce principe de centralisation.

- L'organisation en réseau est préconisée que ce soit pour les tumeurs rares au sens strict ou pour les tumeurs nécessitant un traitement très complexe.
- Un enregistrement généralisé, complet et uniforme pour tous les patients cancéreux devrait être obligatoire pour tous les prestataires de soins et ce, en connexion avec un dossier médical informatisé unique.
- Des directives fondées sur des données probantes concernant le diagnostic, le traitement et le suivi du patient ainsi que des itinéraires cliniques devraient être élaborées dans le cadre des réseaux.

### > Fixation du budget forfait médicaments au 1<sup>er</sup> juillet 2014 par la Commission de Contrôle Budgétaire de l'INAMI et le Conseil Général de l'INAMI.

Malgré les importantes économies réalisées par l'INAMI depuis le démarrage de la forfaitarisation le 1<sup>er</sup> juillet 2006 que notre fédération n'a de cesse de rappeler, le budget forfait médicaments au 1<sup>er</sup> juillet 2014 reste fixé à un niveau assez bas, soit 174.964.395€, même si pour la première fois depuis le démarrage de la mesure ce budget est en légère hausse par rapport au budget octroyé au 1<sup>er</sup> juillet 2013 (172.865.150 €).

Notre fédération n'a pas manqué de rappeler les conclusions importantes de la Structure Multipartite dans son rapport de mars 2014 relatif à «l'évaluation de la forfaitarisation des médicaments à l'hôpital» : «La Multipartite demande de veiller à ce que la fixation du budget relatif à la forfaitarisation n'induisse pas de «perte» globale pour les hôpitaux et à ce que les moyens dégagés des économies réalisées par l'assurance maladie sur ce budget depuis son instauration, soient réinvestis dans les pharmacies



hospitalières. La Multipartite rappelle une nouvelle fois que lors de l'introduction du forfait le 1<sup>er</sup> juillet 2006, le ministre des affaires sociales avait déclaré que les économies pour l'assurance maladie consécutives au forfait et à une utilisation plus efficace des médicaments seraient réinvesties dans les hôpitaux afin d'améliorer le fonctionnement de la pharmacie, e. a. dans le cadre de la sécurité du patient et afin de soutenir les Comités médico-pharmaceutiques. Cette promesse n'a été que très partiellement tenue.

Au sein de la Structure Multipartite, mais aussi en dehors, les hôpitaux, pharmaciens et médecins ont attiré l'attention sur le fait que des moyens de fonctionnement supplémentaires sont indispensables pour garantir la qualité du service de la pharmacie hospitalière et, surtout, pour pouvoir

réaliser d'importantes améliorations de la qualité (par exemple: une introduction généralisée de la prescription électronique, les normes PIC/s, la traçabilité, les conditionnements unit dose, le fonctionnement du Comité médico-pharmaceutique et du Comité du matériel médical, l'accroissement de la pharmacie clinique et l'accréditation de la pharmacie). Cela accentue la nécessité d'investissements qui ne sont toutefois pas financés par des subsides et/ou l'insertion dans le BMF mais dont les coûts ne sont pas négligeables.»

Ces suggestions ont également été relayées à diverses reprises dans de récents avis du CNEH (Section Programmation Agrément et Section Financement) relatifs aux besoins, à l'officine hospitalière et à la sous-partie B5.

En effet, depuis l'instauration du forfait, c'est un budget de 130 millions € en base annuelle qui a été économisé par l'Assurance Maladie sur le budget des médicaments administrés aux patients hospitalisés et pourrait faire l'objet d'un réinvestissement constructif dans l'officine hospitalière face à ses multiples défis.

### › Commission paritaire 330

Malgré les réticences de plus en plus nombreuses des employeurs qui avaient débouché sur la mise sur pieds d'un groupe de travail spécifique chargé de réfléchir à des alternatives, la commission paritaire a prolongé pour une année supplémentaire la CCT relative à la formation en art infirmier (projet 600), rendant ainsi possible l'appel à candidature pour les formations débutant en septembre 2014.

Les représentants des employeurs se sont par ailleurs opposés à la demande des organisations syndicales de conclure une CCT précisant les droits des employeurs en matière de contrôle médical des travailleurs en incapacité de travail, préférant laisser aux partenaires sociaux locaux la liberté de fixer eux-mêmes les modalités des contrôles.

### › Fonds Maribel du secteur privé

Afin de mieux répondre aux spécificités des secteurs, le Fonds est scindé en plusieurs sections (chambres). Santhea est particulièrement actif au sein de la Chambre « hôpitaux » et de la Chambre « MR/MRS ». La politique commune de ces 2 chambres au cours des dernières années vise essentiellement d'une part à tout mettre en œuvre pour maintenir les emplois attribués (financés par les réductions de cotisations sociales) et d'autre part à assurer l'attractivité des emplois Maribel en adaptant les plafonds d'intervention pour les rapprocher du coût réel des emplois. On constate un large accord sur ces 2 points entre employeurs et syndicats.

Le débat est plus difficile en ce qui concerne le choix des fonctions financées par le Maribel ; les priorités des syndicats et les besoins du secteur ne sont en effet pas toujours compatibles ! Ce problème est d'autant plus difficile à régler par les Comités de gestion des Fonds Maribel concernés que le choix des fonctions et des barèmes applicables doivent avoir été préalablement négociés au sein des organes de concertation des institutions pour que les emplois demandés puissent être approuvés par les Comités de gestion.



# La médiation hospitalière

## Entre 12 années de travail de terrain et la 6<sup>ème</sup> réforme de l'Etat

La médiation est particulièrement d'actualité, tant en Belgique qu'à l'étranger. Même si la démarche en soi est relativement ancienne, on assiste au cours des dix dernières années à une véritable professionnalisation de la fonction de médiateur et ce, dans des domaines aussi variés que la famille, le secteur commercial (bancaire, assurantiel, télécommunications), l'enseignement, la justice ou le droit communautaire.

Avec la loi du 22 août 2002, le législateur a instauré un nouveau type de médiation : la médiation hospitalière, orientée vers le secteur des soins de santé.

C'est dans ce contexte que la fonction **externe** de médiation a été mise sur pied par santhea, en 2003, pour répondre à la volonté du législateur de permettre l'accès à une fonction de médiation professionnelle et indépendante.

Rappelons à cet égard la charte des valeurs de santhea, qui a notamment pour buts la défense et la promotion d'une politique de santé basée sur la solidarité, l'égalité d'accès aux soins, la pratique des soins au sein d'équipes pluridisciplinaires et la responsabilité des prestataires de soins, dans le cadre de la sécurité sociale. L'accessibilité pour ses membres à une fonction **externe** de médiation s'inscrit dès lors parfaitement dans ce contexte.

### Pour que les malentendus ne dégèrent pas en conflits

Les conflits entre le patient et le corps médical sont fréquents dans le milieu hospitalier. En effet, les patients et les médecins qui se côtoient au sein d'un même cadre de soins, sont confrontés à des réalités différentes, propices à la naissance de malentendus.

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, ces conflits ne naissent pas, la plupart du temps suite à des erreurs médicales ou à des aléas thérapeutiques. Ils sont principalement liés à la qualité du contact. Lorsqu'une personne est touchée par un problème de santé, elle peut perdre un certain nombre de repères, son bon sens, et une certaine capacité de discernement entre son point de vue et celui des personnes qui la soignent. De même, il arrive que certains prestataires, stressés par leur travail, ne perçoivent pas toute la dimension humaine d'un problème de santé. Ces malentendus, s'ils ne sont pas clarifiés, peuvent s'envenimer, allant parfois jusqu'au conflit et au dépôt d'une plainte de la part du patient.

### Mieux répondre aux demandes des patients pour redorer le blason des hôpitaux. Une autre manière de voir.

Dans l'esprit de la loi, le médiateur a d'abord un rôle préventif. Dès qu'une plainte est déposée, le médiateur doit tenter de rétablir la communication et la confiance entre les personnes concernées pour éviter la « judiciarisation » de la relation patient-praticien.

La médiation s'est installée dans le contexte d'une gestion historique des plaintes déposées par les patients et/ou leurs proches. La loi relative aux droits du patient n'a pas encore totalement modifié cette pratique, si ce n'est peut-être les conditions et les raisons qui motivent aujourd'hui les patients à faire part de leurs griefs.

POUR LA MÉDIATION HOSPITALIÈRE  
JE VOUS PRESCRIS DE L'ÉCOUTE MATIN ET SOIR

LE SENS DU  
DIALOGUE

ET 3 COMPRIMÉS  
D'INVESTIGATION



Entre autres caractéristiques, santhea a opté pour **une équipe pluridisciplinaire**, composée d'un conseiller juridique et d'un conseiller médical, aux côtés du médiateur, infirmier de formation, qui coordonne les activités de la cellule de médiation. Cette structure permet au « médiateur hospitalier » d'assurer une écoute au plaignant et de débattre de la plainte avec les divers praticiens professionnels concernés. Le « médiateur hospitalier » mène par ailleurs un **travail complémentaire d'investigation** objective de la problématique avec, le cas échéant, des entretiens avec des praticiens, de mêmes disciplines, externes à l'hôpital concerné par la plainte, et sous le couvert de l'anonymat.

A l'issue de ce processus d'écoute et d'investigation, et sans déroger au principe de neutralité, le médiateur pourra expliquer au plaignant en quoi sa plainte était, n'était pas ou pas totalement fondée, et les raisons pour lesquelles la structure hospitalière en général, et les praticiens professionnels en particulier ont posé les actes qui ont fait l'objet de la plainte.

### Rendre compte de l'activité déployée au sein de santhea, « au pays des Droits du patient »

Dans le cadre des rapports annuels d'activités de santhea, nos articles ont abordé les diverses facettes de notre mission de Médiateur Hospitalier.

En 2011, ce fut un premier bilan du traitement des dossiers de plaintes.

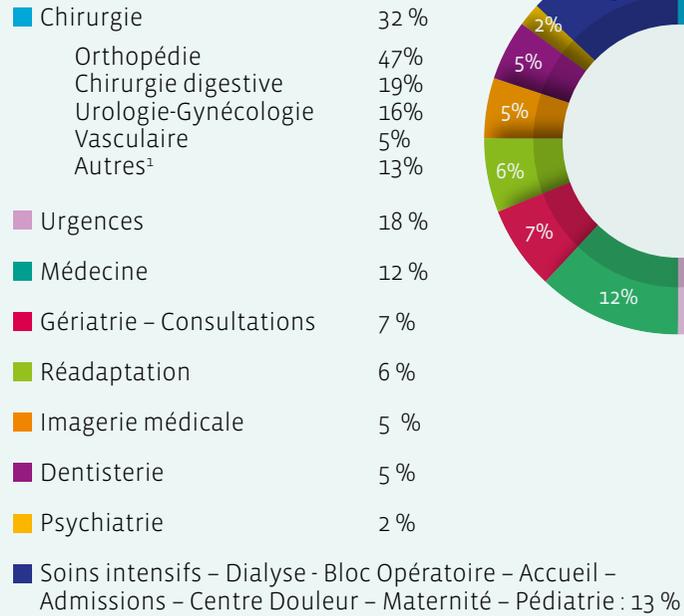
En 2012, il s'agissait du programme de formation à la communication créé et organisé dans le cadre d'un projet financé par la Fondation Roi Baudouin.

En 2013, c'était un éclairage sur le groupe de travail « Médiation » : ses objectifs, le programme des réunions, l'élargissement progressif de certaines d'entre elles à d'autres praticiens professionnels hospitaliers, et l'édition d'un document de référence des cas traités par les médiateurs.

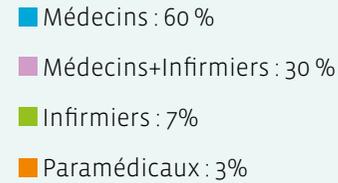
En 2014, nous rapportons un second bilan de l'activité de médiation. Du 1<sup>er</sup> novembre 2003 au 31 décembre 2014, environ 600 plaintes ont été traitées par la cellule de médiation. Le nombre de plaintes avait légèrement augmenté entre les années 2004 et 2005. Il connaît depuis une relative stabilité.

La mission de la cellule de médiation de santhea, c'est aussi la rédaction d'un ouvrage « La médiation et les conflits dans le secteur des soins de santé », l'organisation d'un symposium en 2010, la programmation et la préparation d'un second congrès pour 2015, l'analyse de projets de textes légaux et dans ce cadre la participation à la Commission santé du Sénat.

### Les services concernés



### Les praticiens professionnels



<b>Le droit de patient le plus cité</b>	Prestations médicales de qualité
<b>Les demandes des plaignants</b>	Explications, écoute, accord financier, excuses, information de la direction de l'hôpital, prévention en faveur d'autres patients
<b>Les griefs</b>	Temps de réponse aux sonnettes, concertation «médecins-infirmiers», aide et écoute par le personnel infirmier, qualité des réponses aux questions posées, information des proches des patients, absence de dialogue, qualité des actes médicaux et chirurgicaux, quantité et opportunité des investigations, libre choix de l'institution hospitalière
<b>Recommandations</b>	La pratique des soins Information et écoute du patient Ethique personnelle et professionnelle Communication Concertation entre praticiens Dossier «patient» Transport sanitaire Expertise amiable Demande de réparation

1. Tête & cou – Plastique – Main & nerfs périphériques – ORL, Ophtalmologie - Neurochirurgie

La fonction de la cellule de médiation s'exerce également dans un registre d'enseignement, lors de communications auprès des hôpitaux affiliés, dans le cadre de congrès, à l'Université et lors de la supervision d'étudiants sur leur terrain de stage et à l'occasion de la rédaction de leur travaux de fin d'études.

Enfin, la cellule de médiation de santhea peut également accompagner, le médiateur d'un hôpital affilié, pour un dossier de médiation particulièrement compliqué. Le Médiateur Hospitalier de santhea intervient également, à la demande des hôpitaux affiliés, pour fournir tout type de conseil en matière de médiation hospitalière.

### Quelle signification donner au nombre de plaintes ?

Contrairement à ce que l'on pensait, on n'assiste pas, de façon générale, à une augmentation substantielle du nombre de plaintes au sein du secteur des soins de santé en général, et des hôpitaux en particulier. Mais attention, ce constat ne suggère pas nécessairement une augmentation de la satisfaction des patients, un éventuel défaut de recours aux services de médiation, voire un déficit du service rendu à la patientèle. L'augmentation de la quantité des dossiers ne signifierait pas, elle non plus, un mécontentement accru: elle pourrait

tout simplement être liée à une campagne d'information efficace. D'un point de vue scientifique, il n'y a pas de relation simple. Le lien entre quantité et satisfaction ou insatisfaction n'est pas probant et ce, en raison de la multiplicité des facteurs d'influence : patients plus exigeants, évolution des structures hospitalières, fusion, groupements inter hospitaliers et autres formes d'évolution des pratiques de soins.



Les gestionnaires des hôpitaux peuvent-ils dès lors craindre ou se réjouir du défaut de progression du nombre de dossiers traités, ou au contraire de l'augmentation des doléances de leur clientèle ? Quelles sont leurs véritables attentes ?

L'évaluation devrait plutôt porter sur la gestion des dossiers de plaintes: se satisfaire de la manière avec laquelle les médiateurs ont répondu aux sollicitations des patients et à leurs plaintes, ou à tout le moins se réjouir de l'amélioration des services rendus aux patients. Le système mis en place est-il gérable ? Comment sont traités les dossiers de plaintes ? Le médiateur bénéficie-t-il d'une collaboration de qualité de la part des divers praticiens concernés ? Observe-t-on des améliorations substantielles dans les services rendus aux patients, par le biais du traitement des dossiers de plaintes ? Observe-t-on des changements substantiels dans les comportements du personnel, suite aux recommandations du médiateur ?

Quels sont les avis des parties concernées par la plainte: les patients et les praticiens professionnels ? Et «last but not least», les gestionnaires se sont-ils fixés des seuils au-delà desquels ils pourraient constater une insuffisance de qualité dans la prise en charge des patients ?

## La 6<sup>e</sup> Réforme de l'état, quelles perspectives d'avenir pour la fonction de Médiation ?

Par cette réforme, la fonction de médiation devrait dépendre du même pouvoir que celui qui l'agrée, à savoir « la Région ou la Communauté ». Ceci est, d'une part, plus cohérent et pourrait permettre, d'autre part un système d'évaluation des pratiques, tout en relançant le cas échéant le débat autour de l'intérêt, de l'efficacité d'une fonction de médiation interne ou externe aux hôpitaux.

Pour ce qui concerne la cellule de médiation de santhea, « le Médiateur Hospitalier » doit développer encore davantage la collaboration avec les praticiens professionnels et les intégrer autant que faire se peut dans la démarche spécifique de médiation.

A l'avenir, le « Médiateur Hospitalier » souhaite s'investir dans la recherche d'une perception plus positive de la plainte, encore largement perçue comme l'invocation d'une faute potentielle dont les praticiens doivent se défendre et dont il est légitime qu'ils tentent de neutraliser les effets. Perçue sur un mode défensif, la notion de sanction ne devrait alors concerner qu'un nombre extrêmement réduit de plaintes, celles dans lesquelles des manquements individuels graves auront pu être identifiés.

Santhea pense que la plainte devrait pouvoir être perçue comme un moyen simple, rapide et peu coûteux de détecter les dysfonctionnements, les procédures incorrectes et les lieux de non-qualité dans la structure professionnelle hospitalière.

La résolution du conflit entre le patient et la structure soignante qui l'a pris en charge, devrait s'inscrire encore davantage dans la perspective du rétablissement d'une confiance ébranlée et dans la perspective de l'amélioration des modes de prise en charge inadéquats que la plainte aura permis de détecter.

La médiation est une opportunité de formation des praticiens professionnels. C'est une occasion pour souligner leurs droits et devoirs, en leur garantissant qu'ils peuvent être défendus, les rendant dès lors plus forts pour oser affronter plus ouvertement les difficultés. Nous savons tous la difficulté qu'il y a à mettre en œuvre des changements au sein des organisations. Une des convictions de tous les sociologues qui réfléchissent le changement est que lorsque la nécessité du changement est le fruit d'une pression qu'exerce l'environnement, la nécessité du changement apparaît plus acceptable, et son caractère inéluctable s'impose.

Intégrer les praticiens professionnels dans la démarche de médiation, c'est favoriser le développement de cette fonction, en dépit

des limites des prescrits légaux existants, et de la capacité des médiateurs hospitaliers à aider véritablement les patients à résoudre les problèmes posés. Tenir compte des points de vue des praticiens professionnels, c'est reconnaître qu'ils ont, au même titre que les patients, des droits et des obligations. C'est aussi tenter de gommer « l'asymétrie » d'informations qui prévaut entre les parties, prélude à la démarche de médiation proprement dite.

L'organisation d'une formation basée sur l'écoute et la communication avec la patientèle s'est avérée déterminante pour atteindre cet objectif. Nous poursuivons la démarche avec les services qui ont participé au premier projet. Nous souhaitons étendre ce processus aux autres hôpitaux partenaires de la fonction de médiation, et aux hôpitaux des régions de Bruxelles-Capitale et wallonne.

L'organisation de programmes de formation devrait en outre aider à l'intégration et à l'assise des fonctions de médiation au sein des hôpitaux; fonctions qui s'inscrivent parfaitement dans la démarche « qualité » des hôpitaux, et dans le respect des prescrits légaux en vigueur.

Dans ce contexte, une réflexion pourrait s'organiser au sujet d'un éventuel incitant financier de la Région Wallonne pour les hôpitaux qui s'engageraient à suivre le programme de formation.



Janvier

Février

Mars

Avril

Mai

**Juin**

Juillet

Août

Septembre

Octobre

Novembre

Décembre

Partie **2**  
Juin 2014

# Thèmes abordés Juin 2014

## › Reporting forfait Spécialités Pharmaceutiques

Le reporting paru en juin 2014 concernant le forfait Pharmacie est divisé, comme les années précédentes, en 4 parties: l'évolution du forfait, la décomposition de celui-ci, la performance et les séjours outliers. Celui-ci ne comporte pas encore de point sur la décomposition par codes CNK étant donné la complexité de la table technique à mettre sur pied. En effet, l'idée est de se baser sur les fichiers **mensuels** des «spécialités» fournis sur le site de l'INAMI, auxquels sera ajoutée l'information relative à la voie d'administration.

## › La PAQS devient une ASBL

Après 18 mois de fonctionnement comme une association de fait, la PAQS (Plateforme pour l'Amélioration Continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients) devient officiellement une ASBL. Cela lui permettra d'assurer une transparence dans sa gestion et de garantir l'évidente neutralité nécessaire à l'accomplissement de son objet. Denis Herbaux a été désigné comme Directeur de cette nouvelle structure dont la présidence sera assurée par Olivier Destexhe.

## › Les événements indésirables

Une après-midi d'étude axée sur les événements indésirables a permis de revenir sur leur définition et leur impact sur l'hôpital, de présenter les outils suggérés par le SPF Santé Publique et la Commission européenne pour traiter cette problématique, et de parcourir les exigences des référentiels d'accréditation en la matière.

## › Projet Information Patients

Les questionnaires relatifs à l'Information aux patients distribués en novembre 2013 ont livré leurs résultats. Globalement, l'information considérée comme « importante » est bien reçue par le patient. Par ailleurs,

on apprend que ce ne sont pas les informations financières, contrairement à ce qui est souvent mis en avant, qui sont les plus importantes pour le patient, mais bien les modalités pratiques relatives à l'admission. Néanmoins, vu la faible taille de l'échantillon, une nouvelle vague de distribution sera organisée avant la fin de l'année, de même qu'une comparaison du contenu des sites internet des différents hôpitaux afin de documenter plus en profondeur la situation actuelle de l'information délivrée au patient.



## › Questionnaires de satisfaction relatifs aux consultations

À la fin du mois de juin 2014, les résultats des questionnaires Satisfaction Patients relatifs aux Consultations ont été envoyés aux hôpitaux les ayant distribués. Une nouvelle vague de distribution sera organisée en 2015.

## › CNEH Section Financement

Outre l'examen habituel de dossiers BMF individuels, la Section Financement du CNEH a rendu les avis suivants le 12 juin 2014 à la rédaction desquels santhea a grandement participé.

1. Avis de la Section Financement du CNEH relatif à l'application des normes PIC/S dans les hôpitaux (CNEH/D/SF/109-2)

Le CNEH rappelle les importants défis auxquels est actuellement confrontée la Pharmacie hospitalière, parmi lesquels la préparation de médicaments pour les patients hospitalisés et ambulatoires. Les PIC/S qui devront être mises en œuvre, auront de multiples conséquences: construction / transformation des locaux, frais de fonctionnement, normes. Quand il s'agit de patients hospitalisés «classiques» et de spécialités pharmaceutiques remboursables, le financement des frais de fonctionnement de l'officine hospitalière relève de la sous-partie B5 ; par contre pour les patients ambulatoires, en ce compris toute l'hospitalisation de jour tant chirurgicale que médicale, ces frais de fonctionnement relèvent de la marge sur les tarifs INAMI pour les médicaments. En ce qui concerne les normes, les compétences ont été transférées vers les Communautés.

La matière est fort complexe et les compétences éparses entre de multiples instances. Un étude détaillée serait nécessaire, qui dépasse le seul CNEH. Cependant, le CNEH veut éviter dans l'avenir des choix trop coûteux pour les hôpitaux tout en considérant qu'il faut définir les normes PIC/S à un niveau relativement élevé: les hôpitaux ne pourront donc réaliser les investissements et l'organisation PIC/S de manière individuelle; ils devront exploiter ensemble ces infrastructures, pour des raisons de coût et d'efficacité. Une mise en œuvre commune des normes PIC/S par les hôpitaux constitue la meilleure manière d'éviter une augmentation trop importante des frais de fonctionnement de la pharmacie hospitalière.

2. Avis de la Section Financement du CNEH relatif aux besoins budgétaires prioritaires 2015 (CNEH/D/SF/111-2)

Dans son avis relatif aux besoins prioritaires 2015 pour les hôpitaux, la Section Financement est restée fort parcimonieuse, attitude responsable compte tenu de la situation financière et économique générale, attitude

qu'elle attend également des autres acteurs: syndicats, médecins, mutuelles... Elle rappelle cependant la liste des besoins énumérés par le passé et non encore rencontrés, qui restent d'actualité.

Elle rappelle les coûts croissants auxquels les hôpitaux sont confrontés (marchés publics, applications ICT, enregistrements, accréditation, collaborateurs formés et compétents, procédures complexes, normes plus strictes comme pour la pharmacie hospitalière, augmentation générale de l'activité, coûts croissants liés au personnel: qualification, ancienneté, TPP/QPP, ... pas ou très partiellement financés...).

Les 3 priorités absolues :

- un financement adéquat des coûts liés à la technologie informatique, à la gestion des informations, à l'échange et à l'enregistrement de données;
- soutien au développement de la Pharmacie hospitalière (stérilisation centrale comprise);
- projet « enfants et adolescents dans les soins de santé mentale ».

La section attire aussi l'attention sur des besoins du secteur cruciaux depuis de nombreuses années et qui n'ont pas encore été satisfaits :

- sous-financement de l'augmentation du coût moyen par ETP;
- sous-financement de la sous-partie B2 des services aigus;
- sous-financement du personnel T1/T2 (sous-partie B4) et de la sous-partie B2 des hôpitaux psychiatriques;
- sous-financement des sous-parties B1 et B2 des services SP;
- sous-financement du personnel Maribel;
- sous-financement des projets pilotes (indexation et coût moyen par ETP) et des projets structuralisés;
- sous-financement des stroke units (nouvelles normes).

Pour compenser ces sous-financements, l'hôpital doit faire appel aux retenues sur les honoraires des médecins, à des interventions majorées

des patients, aux marges sur les produits pharmaceutiques. Or de larges économies ont été réalisées sur ces postes au cours des dernières années. Pour un secteur où le résultat d'exploitation pour 2012 est chiffré à 0,7% du chiffre d'affaires, ces économies ont un impact non négligeable.

Etant donné les coûts croissants, le sous-financement structurel et les efforts déjà consentis, la Section financement pense qu'il n'est pas opportun d'imposer de nouvelles économies au secteur hospitalier et qu'il ne faut pas non plus prendre de nouvelles mesures entraînant des frais supplémentaires ne contribuant pas à l'amélioration de la qualité pour le patient.

L'autorité doit continuer à assurer le financement des engagements pris par le passé : les projets planifiés et les mesures pour lesquelles les moyens ont déjà été prévus doivent être réalisés. Les projets et les expériences en cours doivent être évalués après une période déterminée à la suite de laquelle il faut décider clairement de passer ou non à un financement structurel et suffisant.



### > Les « journées santhea »

Traditionnelle effervescence au Castel de Pont-à-Lesse dès le mercredi 4 juin dans la soirée.

Comme chaque année, les membres de santhea sont venus nombreux pour entendre des présentations sur 2 thèmes totalement différents.

Le jeudi, les participants se sont interrogés sur le « rôle de l'hôpital dans la prise en charge de la maltraitance des enfants ». Cette réflexion, organisée en collaboration avec la Fédération des Initiatives Locales pour l'Enfance (FILE) a rassemblé les points de vue d'un magistrat, des Services d'aides à la Jeunesse, de l'ONE et des médecins pédiatres confrontés aux enfants maltraités. Concrètement, santhea s'était donné pour objectif de déterminer ce qui manque à l'hôpital pour prendre efficacement en charge les enfants maltraités. Mission réussie puisque quelques semaines après les journées d'étude, santhea remettait un projet concret à l'INAMI.

Changement total de sujet le vendredi puisque sous l'intitulé « Nos membres innovent et le font savoir ! » santhea a invité quelques-uns de ses membres à faire connaître leurs initiatives en matière de gestion du bloc opératoire ; une petite promenade au sein des blocs qui a fait découvrir respectivement, un quartier opératoire WOW, un bloc opératoire largement informatisé et une centrale de marché confrontée aux difficultés de la mise en commun des achats de matériel opératoire.

### > Déclaration d'accord TAVI

L'implantation percutanée des valves aortique a fait l'objet de 2 rapports circonstanciés du KCE (2008 et 2011) sur lesquels l'INAMI se base pour définir les modalités d'un remboursement par l'assurance obligatoire. La technique choisie pour cette intervention peu fréquente et limitée à des indications strictes est celle de la « déclaration d'accord ».

Cette déclaration d'accord élabore un règlement, en application de l'article 35, §4, quinquies de la nomenclature des prestations de santé et fixe les modalités d'intervention de l'assurance obligatoire dans le coût d'un stent valvulaire implantable par voie percutanée en position aortique, chez des patients bénéficiaires qui répondent aux indications telles que décrites dans l'accord.

Comme c'est toujours le cas quand il est question de techniques très spécialisées et peu fréquentes, la volonté est de garantir l'expertise des prestataires et de limiter le nombre de centres éligibles. La manière habituelle dont procède l'Inami est de fixer un nombre minimal de cas traités au cours d'une période de référence fixée dans le passé. Il s'agit d'une manière de procéder que conteste santhea qui considère que si l'expertise doit bien être présente, la manière de l'évaluer choisie par l'Inami n'est ni pertinente ni juste. Si la version de base de la déclaration d'accord a été modifiée sur l'insistance de certains prestataires de santhea en particulier, la modification ne répond que partiellement aux objections de santhea qui considère que c'est l'encadrement médical et l'approche médicale globale qui constituent les principaux éléments à prendre en compte pour déterminer l'expertise. A cet effet, la collaboration au sein de réseaux structurés (avec, le cas échéant, la désignation d'un seul site d'intervention par réseau) paraît être l'approche la plus pertinente.



### > Commission paritaire 330

Pas moins de 3 CCT ont été conclues en séance :

- une CCT fixant les principes de la distribution des emplois ainsi que le statut et le cadre du fonctionnement de l'équipe mobile pour les institutions du secteur des Maisons de repos pour personnes âgées et des Maisons de repos et de soins concernées par la distribution d'emplois avec pour but l'organisation d'une équipe mobile;
- une CCT relative à l'engagement de pension sectoriel en exécution de la CCT instaurant un régime de pension complémentaire pour le personnel des établissements et services de santé;
- une CCT relative au Fonds de sécurité d'existence nommé « Fonds d'épargne sectoriel des secteurs fédéraux ».

# Le rôle de l'hôpital dans la prise en charge de la maltraitance des enfants

On les appelle aussi les « enfants fantômes ». Ils sont continuellement quelques-uns à séjourner dans les unités pédiatriques des hôpitaux. Visiblement, ils n'y sont pas à leur place ! C'est du moins ce qu'on peut penser à première vue : ils ne souffrent d'aucune affection pédiatrique justifiant leur hospitalisation dans un service de pédiatrie, ils sont souvent turbulents et perturbateurs et confrontent le personnel à une situation qu'il n'a pas appris à gérer. Qu'on ne s'y trompe cependant pas, tous ces enfants sont en souffrance et nécessitent une prise en charge. Où, par qui, comment ?

Paradoxalement, la Belgique regorge de structures destinées à venir en aide aux enfants en difficulté mais leur travail, souvent peu ou mal coordonné, ne répond pas toujours aux besoins des enfants.

Santhea propose la création et le financement d'un nombre limité de centres spécialisés dans la prise en charge des enfants maltraités.

Les services de pédiatrie des hôpitaux sont régulièrement confrontés à des enfants en situation de maltraitance physique, de sévices corporels, d'abus sexuels, de violences psychologiques ou de négligences graves qui compromettent leur développement physique, psychologique ou affectif.

La plupart des services de pédiatrie font état de difficultés spécifiques inhérentes à ces prises en charge :

- « résistance » des médecins peu à l'aise face à ces situations;
- perturbations au sein du service de pédiatrie (au détriment des enfants « réellement malades ») et gestion difficile de l'enfant et des parents;
- pénalités financières liées au caractère de la prise en charge;
- manque d'encadrement psychologique et d'encadrement social;
- gestion du temps.

Selon la définition de l'OMS, un enfant maltraité est un enfant malade qui nécessite des soins.

Ces soins doivent bien entendu être en adéquation avec les besoins des enfants. A l'analyse, rares sont les hôpitaux qui ont développé une prise en charge adaptée.

Pour développer cette prise en charge adaptée, santhea plaide en faveur du rassemblement de l'expertise plutôt que sur la dispersion des moyens.

Attribuer des moyens spécifiques à un nombre limité de centres de référence permettrait à ces centres d'offrir les ressources utiles pour prendre en charge les enfants maltraités, efficacement et pendant le temps nécessaire.

Il s'agit de concentrer les moyens en vue d'une plus grande efficacité.

Les services de pédiatrie des hôpitaux sont régulièrement confrontés à des enfants en situation de maltraitance physique, de sévices corporels, d'abus sexuels, de violences psychologiques ou de négligences graves qui compromettent leur développement physique, psychologique ou affectif.

Pour ce faire il est proposé de permettre à maximum 10 centres de se conventionner en vue d'assurer la prise en charge spécifique des enfants maltraités. Une distribution régionale équilibrée des centres sera garantie de même qu'une répartition géographique suffisante au sein de chacune des régions.

Pour pouvoir prétendre à cette convention, les centres devraient :

1. faire partie intégrante d'un service hospitalier de pédiatrie ou de pédopsychiatrie agréés dont ils ne sont en aucun cas distincts;
2. être situés au sein d'un hôpital disposant d'un service d'urgences pédiatriques;
3. répondre aux normes imposées à un service de pédiatrie ou de pédopsychiatrie et disposer de la collaboration formelle de pédiatres, d'au moins un pédopsychiatre et d'au moins un chirurgien spécialisé en chirurgie pédiatrique;
4. être situés au sein d'un hôpital disposant d'un service de gynécologie/obstétrique;
5. disposer d'une convention signée de collaboration avec une équipe SOS Enfants.

Un financement spécifique assurera la rémunération d'un encadrement spécifique, au-delà des normes financées par le budget des moyens financiers des hôpitaux, composé

obligatoirement de chacune des compétences suivantes :

- infirmier spécialisé capable d'assurer un encadrement spécifique;
- éducateur et/ou puéricultrice ;
- travailleur social ;
- psychologue.

En contrepartie de ce financement spécifique, le centre de référence doit :

- pouvoir assurer une prise en charge permanente (24h/24h et 7j/7) des enfants maltraités ou suspectés de l'être à la demande d'un autre hôpital, d'un service d'aide à la jeunesse ou d'une équipe SOS Enfants;
- disposer d'une convention spécifique de collaboration avec au moins 3 hôpitaux différents par laquelle ils s'engagent à un partage d'expertise;

Selon la définition de l'OMS, un enfant maltraité est un enfant malade qui nécessite des soins

- justifier d'une activité minimum;

- établir un bilan complet et précis tant au moment de l'admission que de la sortie du patient; dans les limites du secret professionnel, ce bilan sera, entre autres, tenu à la disposition des intervenants auxquels l'hôpital passera le relais à l'issue de la période de soins.

Par centre, il y aura lieu de prévoir un encadrement composé de : 1 ETP infirmier spécialisé, 1 ETP éducateur et/ou puéricultrice, ½ temps travailleur social et ½ temps psychologue.





Janvier

Février

Mars

Avril

Mai

Juin

**Juillet**

**Août**

Septembre

Octobre

Novembre

Décembre

Partie **2**

**Juillet/août  
2014**

# Thèmes abordés Juillet/août 2014

## › Nouveau rapport personnalisé sur la Satisfaction des Patients

Pour la première fois, les institutions qui le souhaitent peuvent recevoir, outre le benchmarking mensuel, le détail de leurs données Satisfaction Patients sous la forme d'un tableau Excel. Afin d'en faciliter l'analyse, l'équipe du Département Etudes et Qualité a prévu dans le fichier une série de graphiques munis de filtres et de boutons de sélection permettant d'investiguer les résultats.

## › Réunion de brainstorming sur l'étude « Evolution des besoins en capacités hospitalières »

Avant de débiter la construction d'un algorithme représentant le cœur de l'étude sur les besoins en capacités hospitalières futures, certains choix concernant la méthodologie devaient être discutés. Tenant compte des remarques émises par les membres du comité technique en mai, les hypothèses et le périmètre de l'étude ont été au centre des discussions dans le but d'en déterminer le degré de pertinence et la validité, et ainsi de permettre de commencer l'écriture de l'algorithme sur des bases solides.

## › Forfait Imagerie Médicale

Comme les autres années, le forfait Imagerie Médicale a fait l'objet d'une analyse synthétique dans un rapport dynamique Excelsius comportant maintenant 4 onglets : évolution et historique du forfait, décomposition du forfait, performance par séjour, outliers. Le dernier onglet est, en effet, nouveau et fait suite à l'injection des fichiers reçus de l'INAMI comportant les limites en termes de dépenses pour chaque APR-DRG, niveau de sévérité, au-dessus desquelles un séjour est considéré comme outlier. Cette catégorie de séjours n'a pas un statut différencié dans le calcul du forfait. Cependant, ces séjours sont exclus du calcul des moyennes nationales. Il est donc évident que ces séjours, lorsqu'ils sont standardisés, ont une influence négative sur la performance de l'hôpital. Il a donc paru intéressant de les identifier et de pouvoir les isoler dans le cadre du calcul de l'indicateur de performance.



## › La Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs (CRIDMI)

Cette Commission à laquelle santhea participe avec voix consultative a pour mission de faire des propositions définitives au Comité de l'assurance concernant le remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs (AR du 1/07/2014).

La Commission a été installée dans le cadre de la modification de nomenclature qui supprime les articles 35 et 35bis au profit d'une liste nominative qui énumère les prestations et leurs modalités de remboursement. Ces modifications législatives devraient aboutir à une simplification administrative, une plus grande transparence, un processus décisionnel plus rapide et une sécurité tarifaire pour les patients. Malheureusement l'interconnexion avec l'Agence Fédérale du Médicament et des Produits de Santé et les sociétés scientifiques médicales reste aléatoire, ce qui porte atteinte à la cohérence des points de vue.

La CRIDMI s'est réunie tous les 15 jours depuis avril 2015.

## > CNEH Section Financement

Outre l'examen habituel des dossiers individuels des hôpitaux, la Section Financement du CNEH approuve les avis suivants.

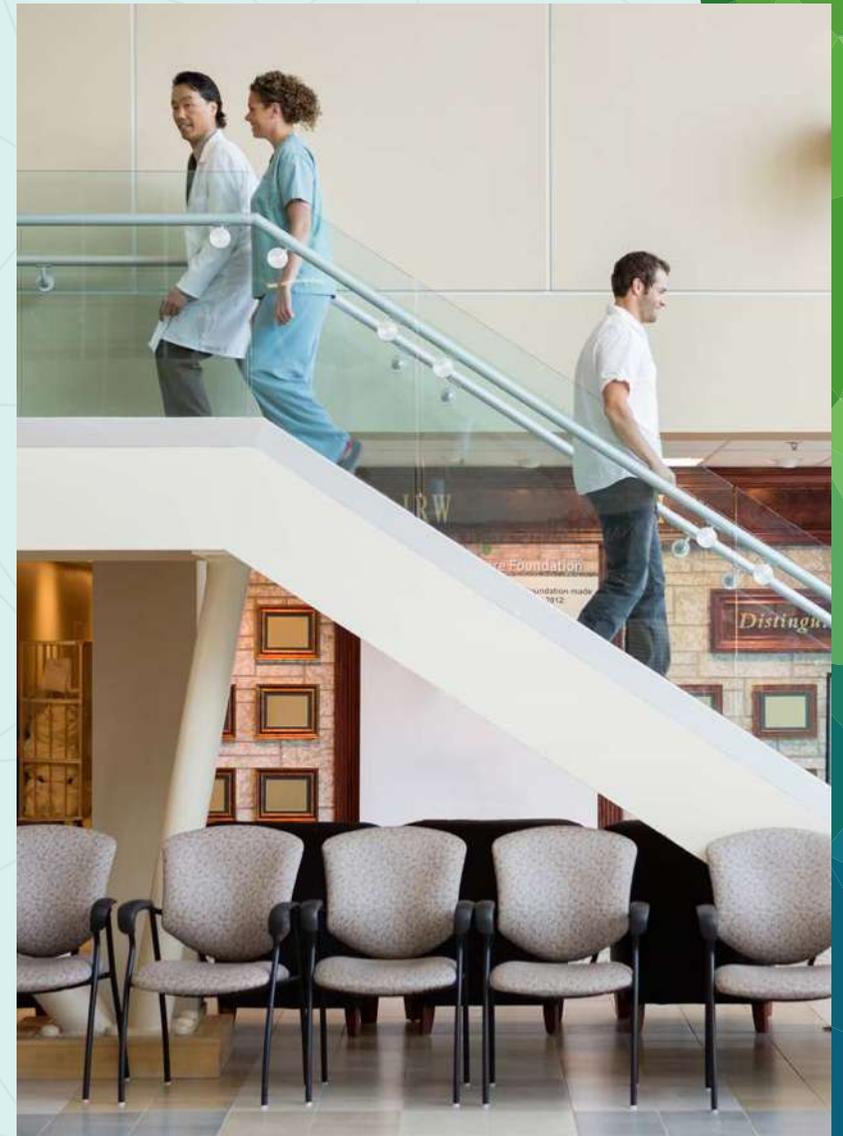
### 1. Avis de la Section Financement du CNEH concernant **les titres professionnels particuliers (TPP) et les qualifications professionnelles particulières (QPP) (CNEH/D/SF/112-1).**

Ce premier avis a été émis à l'initiative de santhea, qui s'est particulièrement investi dans sa rédaction.

L'Arrêté royal du 28 décembre 2011 relatif à l'exécution du plan d'attractivité pour la profession infirmière, dans certains secteurs fédéraux de la santé, en ce qui concerne les primes pour des titres et qualifications professionnels particuliers et les prestations inconfortables, prévoit un droit automatique à une prime pour les détenteurs de TPP / QPP au fur et à mesure de la parution des arrêtés ministériels définissant les TPP et QPP listés dans l'Arrêté royal du 27 septembre 2006 établissant la liste des titres professionnels particuliers et des qualifications professionnelles particulières pour les praticiens de l'art infirmier.

À l'introduction de la mesure dans le BMF au 1<sup>er</sup> janvier 2010 (article 71 de l'Arrêté royal BMF du 25 avril 2002) un budget provisionnel de 25.350.000€ a ainsi été réparti entre les hôpitaux et a suivi l'index depuis lors. Ce budget provisionnel était supposé couvrir le coût estimé de la mesure pour les 3 premiers TPP (gériatrie ; soins intensifs et d'urgence ; oncologie) ainsi que pour la première QPP (en gériatrie).

Or depuis 2010, ont été introduits 3 nouveaux TPP (pédiatrie et néonatalogie ; santé mentale et psychiatrie ; soins péri-opératoires, anesthésie, assistance opératoire et instrumentation) et 3 nouvelles QPP (diabétologie ; santé mentale et psychiatrie ; soins palliatifs).



En révision de chaque exercice, ce sont les nombres réels d'ETP concernés (pour tous les TPP et QPP en vigueur pour chaque exercice) qui doivent en principe être pris en considération.

Le nombre croissant de TPP et QPP reconnus ne s'est pas accompagné de l'injection de budgets provisionnels supplémentaires en sous-partie B4 ligne 5000 du BMF, ce qui a pour conséquence de laisser supporter aux hôpitaux la charge de préfinancement de ces mesures successives.

Sur base des listes d'infirmiers porteurs de TPP et QPP au 31 mai 2014, AVANT même prise en considération des 2 derniers TPP (soins péri-opératoires) et QPP (soins palliatifs), il peut être estimé que 92,4 millions sont nécessaires en regard de la provision de 27,2 millions actuellement dans le BMF. Comme entretemps les 2 nouveaux TPP et QPP susmentionnés ont été introduits, l'insuffisance de la provision peut être estimée à 84 millions €.

Le CNEH demande instamment :

- d'injecter au plus vite dans le BMF le budget provisionnel requis supplémentaire pour couvrir les 6 TPP et 4 QPP reconnus actuellement et
- de prévoir automatiquement dorénavant dans chaque budget la provision supplémentaire requise pour financer tous nouveaux TPP et QPP au fur et à mesure de leur introduction.

Le CNEH souhaite attirer l'attention sur l'effet de la reconnaissance de nouveaux titres et/ou qualifications.

Vu le transfert de compétences, l'autorité fédérale n'est plus compétente pour adapter les normes. Or, si celles-ci ne prévoient pas explicitement la spécialisation, il n'y aura pas de financement dans le cadre du BMF. Les hôpitaux n'ont pas non plus l'obligation d'octroyer la prime, mais la pression sera grande dans les hôpitaux pour l'octroyer, ce qui augmentera les charges non prises en compte par le BMF.

## 2. Avis de la Section Financement du CNEH relatif à l'adaptation de la numérotation des grades-fonctions (CNEH/D/SF/113-1).

La Section Financement a approuvé les nouveaux grades fonctions d'infirmier chef de service et infirmier en chef porteur d'un titre ou d'une qualification tels que proposés.

### > Evolution des besoins en capacités hospitalières. Acquisition du Grouper 3M

Afin de pouvoir mener à bien l'étude relative à l'évolution des besoins en capacités hospitalières, mais également de pouvoir répondre aux questions des membres relatives à l'activité, santhea a acquis la licence du Grouper 3M. Ceci permettra de travailler sur les données RHM que les hôpitaux fournissent.

### > Groupe de travail Absentéisme

Le groupe de travail Absentéisme s'est réuni le 12 août avec pour objectif principal la résolution des problèmes et questions soulevés par les membres suite au premier examen du cahier des charges et du memento soumis en avril. Quelques adaptations ont été décidées d'un commun accord, notamment concernant les indicateurs proposés initialement. Un premier groupe d'institutions se porte candidat pour fournir une première extraction des données en octobre 2014.

### > BMF 1<sup>er</sup> juillet 2014 : récolte des fichiers et encodage

La notification du BMF au 1<sup>er</sup> juillet 2014 est envoyée en août aux hôpitaux. Les membres de santhea transmettent ensuite l'ensemble des fichiers reçus. Les fichiers comportant la synthèse du BMF sous format PDF sont alors encodés manuellement dans des fichiers EXCEL. Pour ce faire, il faut d'abord définir des templates par type de financement (A, Sp, Psy, G, Pal, GBr) qui

doivent être identiques pour tous les BMF encodés afin d'éviter les erreurs lors de l'injection des données dans le datawarehouse. Une fois les BMF encodés, ils sont tous injectés afin de pouvoir les étudier et proposer des analyses pertinentes aux membres de santhea.

### › **Gestion et financement du Centre de psychiatrie légale de Gand**

La gestion du nouveau Centre de psychiatrie légale de Gand a été mise en adjudication et le marché a été remporté par un consortium autour de la société SODEXHO.

Ce Consortium a conclu avec l'Etat fédéral, une convention de 10 ans qui pourra être prolongée pour une nouvelle période de 10 années. Le Comité de l'assurance a été invité à remettre un avis sur l'arrêté royal qui reprend avec précision les modalités de financement des activités du Centre. Santhea s'est étonné du peu de réaction qu'a suscité ce dossier qui constitue une première dans le secteur de la psychiatrie puisque le Centre de psychiatrie légale de Gand est la première institution du secteur dont la gestion est confiée à une entreprise à but commercial. Santhea a obtenu l'engagement qu'une information précise sur le respect du cahier des charges sera faite une fois par an au Comité de l'assurance.



# Mesure de la charge de travail infirmier. Introduction des NRG issus du DI-RHM dans le BMF 1<sup>er</sup> juillet 2014

S'appuyant sur les travaux de l'étude PROFI(e)L DI-VG (Projet de recherche sur la mise en évidence et l'utilisation de profils de soins infirmiers) menés de 2009 à 2012 par une équipe universitaire, composée du CHU de Liège et du CZV Leuven, et basés sur les nouveaux enregistrements infirmiers du Résumé Hospitalier Minimum (DI-RHM) introduits en 2008, le SPF Santé publique a finalisé en 2014 la construction d'un premier modèle d'utilisation de ces données infirmières dans le financement hospitalier.

Ce modèle a permis d'introduire – enfin – dans la sous-partie B2 du Budget des Moyens Financiers des hôpitaux aigus au 1<sup>er</sup> juillet 2014, des points complémentaires aux lits C, D, E et à caractère intensif, calculés partiellement sur base de ces nouveaux enregistrements.

Ce modèle, décrit par le menu dans un rapport édité par le SPF Santé publique<sup>1</sup> diffusé en 2014, vise à associer un profil de soins prédéfini à chaque épisode de soins infirmiers, pour rendre possible un financement différencié, en procédant en plusieurs étapes :

- la définition des profils de soins, les « Nursing Related Groups » (NRG) ;
- l'attribution d'un NRG à chaque épisode de soins du DI-RHM ;
- la pondération des NRG en vue du financement ;
- l'utilisation à proprement parler dans le financement.

## 1. Création des NRG.

Sur base du DI-RHM 2011, les épisodes de soins qui « se ressemblent » sont regroupés : à chacun de ces groupes, appelés « Nursing Related Groups » (NRG), correspond un profil en soins moyen spécifique, défini par les valeurs moyennes des 78 items (soins et actes) infirmiers du DI-RHM des épisodes de soins du groupe. Les épisodes de soins de 24 heures sont traités séparément de ceux de moins de 24 heures. 32 NRG sont ainsi identifiés, et 11 supplémentaires spécifiques aux épisodes de soins de moins de 24 heures.

**Le score de chaque item (soin ou acte infirmier) au sein d'un NRG est pondéré par le temps et la compétence requis pour effectuer le soin, d'après les résultats de l'étude Profi(e)l DI-VG.**

Le score pondéré de chaque item (soin ou acte infirmier) est ensuite transformé en valeur RIDIT, qui s'interprète comme une probabilité de trouver des patients nécessitant davantage de ce soin ou de cet acte dans une unité de soins que dans la population de référence : un score RIDIT est toujours compris entre 0 et 1 ; le RIDIT moyen de la population de référence vaut 0,5.

Les profils (NRG) seront reconstruits chaque année sur base des données issues des enregistrements DI-RHM les plus récents, afin de tenir compte de l'évolution des soins enregistrés.

1. « Profils de soins infirmiers, NRG sur base du DI-RHM, DG GS » – Datamanagement, 29/09/2014, Version 2.3

## 2. Attribution d'un NRG à chaque épisode de soins.

**2 indicateurs sont définis par NRG, dont la valeur permet d'attribuer le NRG (profil) le plus proche à chaque épisode de soins :** l'Indicateur Principal, basé sur les 78 items, sera le plus souvent suffisant pour attribuer un NRG à la plupart des épisodes; l'Indicateur Secondaire, basé sur une sélection d'items spécifique à chaque NRG, sera nécessaire dans certains cas. Plus la valeur d'un indicateur est élevée, plus le profil de l'épisode ressemble au NRG correspondant.

Une fois les NRG prioritaires sélectionnés, la valeur de chaque indicateur, calculée pour l'épisode est comparée aux valeurs qu'il prend dans le groupe d'épisodes sources à l'origine du NRG. Les valeurs de l'indicateur du NRG dans son groupe d'épisodes sources sont réparties en 4 classes (de 0 à 3). Pour comparer un épisode à plusieurs NRG, on compare les classes de NRG atteintes par l'épisode : plus la classe de l'indicateur est élevée, plus augmente la probabilité que le profil de l'épisode ressemble au NRG correspondant. Si, pour un épisode, la classe la plus élevée n'est pas unique à un seul NRG, alors on départage les NRG via l'indicateur secondaire. L'indicateur le plus élevé détermine le NRG de l'épisode.

Chaque épisode reçoit ainsi 1 NRG et 1 classe.

## 3. Pondération des NRG.

**Chaque épisode de soins a reçu un poids en « points », qui est la somme des scores pondérés des items enregistrés dans l'épisode.** Le poids qui est attribué à chaque NRG-classe correspond au poids moyen (en points) des épisodes de ce NRG-Classe. Cette étape de pondération est nécessaire en vue d'un financement différencié. Le poids du NRG-Classe est réattribué aux épisodes de ce NRG-Classe.

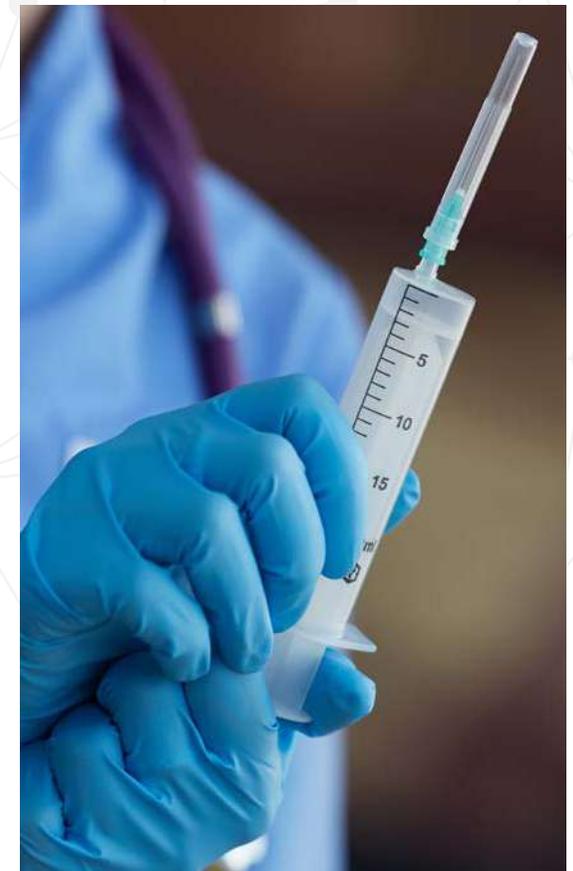
Chaque épisode de soins est donc caractérisé par 1 NRG, 1 classe, et reçoit les points (poids moyen) de son NRG-classe.

## 4. Utilisation dans le financement.

**Tous les épisodes de soins ne sont pas repris pour l'attribution de points complémentaires B2 dans le BMF au 1<sup>er</sup> juillet 2014 : seuls les épisodes de soins dans les indices de lits C, D, E, L et intensifs sont repris et répartis en 3 groupes :**

- le groupe de financement CD, reprend les épisodes en index de lit CD, L, sauf les épisodes ayant reçu un NRG intensif ;
- le groupe de financement E, reprend les épisodes en index de lit E, sauf les épisodes ayant reçu un NRG intensif ;
- le groupe de financement Intensif, reprend les épisodes en index de lit Intensif, auxquels

Les points NRG par hôpital permettent de prendre en compte à la fois le volume des épisodes de soins et la lourdeur des soins dans l'hôpital.



viennent s'ajouter les épisodes dans les index C, D, L ou E et ayant reçu l'un des 5 NRG intensifs, avec une classe dont le poids est au moins égal au poids minimum de la classe 1 de ces 5 NRG (24h).

Chaque épisode de soins s'est vu attribuer les points de son NRG-classe. Les points NRG des épisodes d'un même groupe de financement (CD, E ou I) sont additionnés par patient (séjour) et par jour : ce sont les points NRG « Jour-Patient ».

La médiane des points NRG Jour-Patient dans le groupe de financement CD détermine le seuil des points qui interviendront dans le financement et qui sont nommés les « Points supplémentaires NRG », à savoir la somme des points NRG Jour-Patient au-delà de la médiane CD. Les points supplémentaires NRG sont additionnés par hôpital et par groupe de financement. **Les points NRG par hôpital permettent de prendre en compte à la fois le volume des épisodes de soins et la lourdeur des soins dans l'hôpital.**

**La part de marché de chaque hôpital est calculée pour les groupes de financement CD et E: la part de marché d'un hôpital est la fraction de ses points supplémentaires NRG par rapport au total des points supplémentaires NRG de l'ensemble des jours-patients au niveau national.**

Les points B2 complémentaires C, D, E et intensifs attribués en fonction des RIM 2005/2006 et NRG 2011 dans le B2 au 1<sup>er</sup> juillet 2014 (pour les 95 hôpitaux dans le système) représentent 135 millions €, soit 6,2% des points B2. Au 1<sup>er</sup> juillet 2014, seulement 30% de ces 135 millions sont répartis sur base du système des NRG, alors que 70% de ce budget restent basés sur l'ancien système et les enregistrements RIM 2005/2006. Ces 40,5 millions € (30% de 135 millions) restent fort limités en regard des 2,176 milliards € que représentent l'ensemble des points B2 (95 hôpitaux dans le système) ou des 1,852 milliards € parmi ceux-ci, que représentent les points B2 spécifiquement dédiés au financement du personnel infirmier et soignant (95 hôpitaux dans le système).

Pour la partie des points complémentaires « RIM CD » et « RIM E » attribuée en fonction des NRG, la sous-enveloppe de points B2 est répartie au prorata de la part de marché de chaque hôpital : il n'y a – à juste titre – pas de passage par un classement en déciles avec attribution d'un nombre de points théorique par lit C,D,E, alors que ce passage a été maintenu pour les 70% restés liés aux RIM 2005-2006.

Par contre, pour la partie des points complémentaires « RIM C, D, E à caractère intensif » attribuée en fonction des NRG, les hôpitaux continuent d'être classés en vingtiles, selon la valeur croissante d'un score correspondant à la somme de leurs points supplémentaires « intensifs » NRG par Jour-Patient

## MESURE DE LA CHARGE DE TRAVAIL INFIRMIER



intensif, et l'hôpital se voit, comme par le passé, attribuer le nombre de points complémentaires «intensifs» théorique par lit justifié selon la table par vingtile figurant à l'article 46 §2 c) de l'AR BMF. Pour le financement des soins intensifs, quel que soit le critère (NRG 2011, RIM 2005-2006, NPERCIZ, Nomenclature), le système controversé des vingtiles est maintenu au 1<sup>er</sup> juillet 2014.

En outre, qu'il s'agisse des points B2 NRG complémentaires CD et E ou des points B2 NRG complémentaires intensifs, un «filet de sécurité» final supplémentaire a été ajouté, en sorte que le gain ou la perte entre le système RIM «ancien» et le système NRG ne dépasse pas 0,04 points par lit justifié. Les impacts du système NRG sont donc particulièrement «cadenassés» pour cette première année d'application.

~~RIM~~  
Di-RHM

### 5. Une mise en œuvre à la fois attendue et précipitée, mais ouvrant des perspectives...

Depuis 2006, les hôpitaux ont cessé les enregistrements de l'ancien RIM. Les premiers enregistrements du nouveau «RIM», le DI-RHM, ont débuté en 2008. Cependant, près de 6 années

(dont plus de 4 consacrées à l'étude universitaire) ont été nécessaires depuis 2008 pour développer un premier modèle d'utilisation possible des données DI-RHM dans le financement.

Malgré l'urgence liée au caractère de plus en plus obsolète des données de l'ancien RIM 2005 et 2006 utilisées d'année en année, par défaut, depuis le BMF 1<sup>er</sup> juillet 2008, ce premier modèle d'utilisation possible des données DI-RHM (2011) dans le financement n'a pu recevoir l'accord formel de la Section Financement du CNEH au printemps 2014, compte tenu des délais fort ténus dans lesquels il lui a été présenté, sans grande possibilité d'analyse approfondie.

**Soulignons que l'Administration du SPF Santé publique, au vu des délais très courts entre la finalisation de son modèle de base et sa mise en œuvre partielle au 1<sup>er</sup> juillet 2014, s'est proposée de présenter ce modèle de base à chaque fédération hospitalière intéressée, dont santhea, qui a organisé en ses locaux une séance de présentation spécifique par le SPF Santé publique à destination de ses membres le 24 juin 2014.**

Dans un souci d'explicitation de ce modèle novateur, dont la maîtrise de certains éléments n'est pas immédiate, l'Administration SPF a également organisé une vaste journée d'étude le 30 septembre 2014, à destination de l'ensemble des hôpitaux, durant laquelle furent exposés

non seulement le détail de la méthodologie pour déterminer et désigner les profils de soins infirmiers (NRG) et du modèle d'intégration des NRG choisi en définitive pour le calcul du BMF au 1<sup>er</sup> juillet 2014, mais également une présentation des Feedbacks détaillés que le SPF Santé publique a envoyés à l'automne 2014 à chaque hôpital, reprenant l'ensemble de ses données propres, ainsi que les références nationales.

Cette tentative d'intégration, dans le financement hospitalier, des données infirmières enregistrées DI-RHM les plus récentes disponibles, est saluée par santhea, mais nécessitera des ajustements et affinements (qu'il s'agisse de la définition des NRG mêmes, des pondérations, ou de l'utilisation dans le financement : indices de lits sélectionnés, définition des groupes, utilisation injustifiée de vingtiles pour les soins intensifs et critère de classement utilisé, poids encore trop marqué des données obsolètes de l'ancien RIM, ...) et une réflexion plus profonde pour les perspectives futures de l'ensemble du financement du personnel infirmier et soignant, à axer davantage sur cet outil de mesure de la charge de travail infirmier plutôt que sur des honoraires médicaux facturés, voire la pathologie ou des lits justifiés par cette dernière... Autant de chantiers à ouvrir pour les années à venir, auxquels santhea ne manquera pas de participer au nom de ses membres et en collaboration avec eux.



Janvier

Février

Mars

Avril

Mai

Juin

Juillet

Août

**Septembre**

Octobre

Novembre

Décembre

Partie **2**

**Septembre  
2014**

# Thèmes abordés Septembre 2014

## › Comité technique : étude « Evolution des besoins en capacités hospitalières »

La construction de l'algorithme visant à évaluer les besoins en capacités hospitalières ayant bien avancé durant les mois de juillet et août, une première présentation formelle des options privilégiées dans le cadre du travail de recherche fût proposée lors du comité technique du 8 septembre. Les experts ont ainsi pu émettre une série de remarques et de questions favorisant une réflexion qui a mené à terme à la modification de points clés de l'algorithme.

## › Apnées obstructives du sommeil. Traitement par nCPAP

Le Comité de l'assurance s'est vu proposer les modalités d'exécution d'une importante économie en matière de traitement des apnées obstructives du sommeil par nCPAP (25% du budget de 2012). Selon le Collège des médecins directeurs (qui gère ce dossier à l'INAMI), il y a lieu de maîtriser les dépenses par traitement sous peine de voir exploser le budget global compte-tenu d'une augmentation continue et significative de la prévalence. La proposition de l'Inami prévoit à la fois, une pression sur l'augmentation du nombre de bénéficiaires et une diminution drastique des remboursements en évitant tout impact financier pour le patient.

Après de longues et difficiles discussions, santhea a pu obtenir la constitution d'un groupe d'experts en vue d'objectiver les affirmations (non argumentées) de l'Inami. Ce groupe s'est réuni plusieurs fois au cours de l'automne.

## › Budget des soins de santé

Comme chaque année, le mois de septembre est en bonne partie consacré à l'élaboration du budget des soins de santé pour l'année à venir. Comme chaque année aussi, santhea a pris part aux discussions, a régulièrement consulté et informé ses membres sur l'évolution des discussions et a largement communiqué dans la presse.

## › UNISOC

Santhea est un membre actif de l'UNISOC. Notre implication au sein de cette fédération patronale intersectorielle représentant le secteur à profit social au niveau fédéral, permet de s'assurer que la voix des institutions de santé que défend santhea y est entendue.

Il s'agit là d'un enjeu important. En effet, l'UNISOC étant intersectorielle, elle a à se positionner sur une série de dossiers qui impacteront aussi le secteur des soins de santé.

À titre d'exemple, citons les dossiers discutés au sein du Conseil National du Travail (CNT). Les positions relayées et défendues par l'UNISOC au sein de cet organe paritaire de concertation sociale en vue d'émettre des avis à destination des autorités, se construisent en effet au sein de cette fédération sur base des opinions exprimées par ses membres, dont santhea.

En 2014, d'importants dossiers nous ont ainsi été soumis, comme par exemple ceux des crédits-temps, de la modernisation du droit du travail ou encore de l'harmonisation des statuts des ouvriers et employés.

# Santhea énonce clairement ses priorités pour le secteur des maisons de repos et de soins

## Maintien de la programmation en Région Wallonne

Santhea refuse catégoriquement toute modification de la répartition des lits et places entre les différents secteurs et s'oppose catégoriquement à l'émergence d'établissements d'hébergement et d'accueil des aînés à finalité purement commerciale en dehors du cadre légal de la programmation actuelle.

## Accessibilité pour tous

Il est indispensable que la Région Wallonne et la Région de Bruxelles Capitale intensifient le contrôle des prix en y intégrant notamment le «premier prix», à savoir celui qui est actuellement fixé de manière arbitraire par les gestionnaires en cas d'ouverture d'un nouvel établissement ou d'une partie d'établissement ou encore en cas de rénovation lourde. Santhea demande qu'un cadastre permanent des prix demandés aux résidents et des suppléments éventuels soit réalisé et publié sur le site Internet de l'Administration.

## Continuité du financement

Suite à un protocole de collaboration entre l'Etat fédéral et les entités fédérées, l'INAMI continue à gérer le système de calcul du forfait des maisons de repos et de soins, ainsi que le calcul du 3<sup>e</sup> volet et des aménagements de fin de carrière jusqu'au 31 décembre 2017. Santhea insiste pour que les instances régionales organisent rapidement des groupes de travail pour préparer et mettre sur pied le cadre informatique et technique qui garantira la continuité du financement des établissements d'accueil et d'hébergement pour aînés au 1<sup>er</sup> janvier 2018

## Simplification du modèle de financement

Santhea demande instamment qu'un système de financement efficient, compréhensible et répondant adéquatement aux besoins des institutions soit élaboré.

Dans ce cadre, il est indispensable que soit élaborée une révision de l'échelle d'évaluation de la dépendance en matière de soins physiques et/ou psychiques assurant une meilleure cohérence entre les moyens perçus et la charge de travail.

## Harmonisation des normes et des législations du secteur

Santhea plaide en faveur de l'homogénéisation de la politique des personnes âgées et des soins de long séjour ! Elle ne pourra pas se faire sans une rapide harmonisation des normes et de la législation MRS-MRPA (harmonisation des barèmes, troisième volet, normes architecturales, ...), et sans la transposition des différentes législations fédérales en textes wallons et bruxellois.





Janvier

Février

Mars

Avril

Mai

Juin

Juillet

Août

Septembre

**Octobre**

Novembre

Décembre

Partie **2**

**Octobre  
2014**

# Thèmes abordés Octobre 2014



## > Montants de Référence

Comme chaque année, le reporting dynamique sur les données des Montants de Référence est envoyé aux hôpitaux.

## > Qualité et sécurité. Voyage d'étude à Berlin (HOPE Study Tour)

Dans le cadre de la Fédération Européenne, santhea a participé à un voyage d'étude à Berlin destiné à partager les expériences des pays européens en termes d'organisation structurelle et institutionnelle de la qualité et de la sécurité.

## > Formation sur les nouveaux rapports Satisfaction Patients pour les membres participants au projet.

Suite à la mise en place, dès le mois de juillet, de la possibilité d'obtenir le détail des données Satisfaction Patients, une mini-formation à l'utilisation d'Excel, et notamment des tableaux/graphiques croisés dynamiques, a été organisée par l'équipe du DEQ à destination des hôpitaux impliqués dans le projet Satisfaction Patients.

## > Injection des premières données d'Absentéisme

Après réception des données de quelques-uns des hôpitaux participants et un travail non négligeable d'audit des données, les premiers fichiers ont pu être injectés. Le cube fournit alors « automatiquement » la valeur des indicateurs pour chacune des institutions et pour l'échantillon dans son ensemble. Les trois premiers indicateurs retenus sont : **le taux d'absentéisme révélateur du climat** (= nombre de jours d'absences pouvant être liées au climat / nombre de jours à prester théoriquement), **le taux d'absentéisme global** (= nombre de jours d'absence de tous types/nombre de jours à prester théoriquement) et **l'indice de Bradford** (= fréquence au carré multipliée par le nombre de jours absence injustifiées et de maladies de moins d' 1 an).



### › Congés supplémentaires fins de carrières

L'accord social 2005-2010 prévoit la possibilité pour les employeurs d'octroyer des jours de congés supplémentaires aux travailleurs âgés de 52 ans et plus et qui ne sont pas concernés par les mesures de diminution du temps de travail en fin de carrière. Le même accord social prévoit un financement partiel au bénéfice des employeurs en compensation des heures de travail perdues.

An sein du secteur public, en vue de favoriser l'adhésion des employeurs, les syndicats ont demandé, et obtenu, que le financement prévu dans l'accord social soit quasi doublé en y adjoignant un budget prévu pour la mise sur pieds d'un processus de parrainage dans les services hôteliers des institutions de soins. Comme chaque année, santhea s'est opposée au principe de transfert du budget au bénéfice d'une mesure de congés supplémentaires dont santhea continue à contester la pertinence.

Santhea se réjouit par ailleurs que les partenaires sociaux du secteur privé aient évité cette dérive !

### › Centres de référence pour l'hémophilie

Selon les statistiques disponibles, la Belgique compte entre 300 et 350 patients atteints d'hémophilie.

La volonté d'apporter à ces patients un suivi médical optimal s'est concrétisée dès la fin de 2013 par la décision de créer un nombre restreint de centres de référence bénéficiant de l'expertise et de l'encadrement requis pour assurer aux patients et à leurs proches, au moins une fois par an, une mise au point approfondie et des conseils spécialisés pour la gestion optimale de la maladie.

Comme toujours, l'INAMI a décidé de se baser sur le nombre de patients suivis au cours d'années passées de référence pour déterminer l'expertise d'un centre :

*«Afin de démontrer sa compétence et son expérience acquises dans les troubles de l'hémostase, leurs conséquences et la prise en charge thérapeutique des patients qui en sont atteints, tout centre candidat à la conclusion de la présente convention peut prouver qu'au cours des 2 années civiles complètes qui précèdent l'année d'introduction de sa demande, il a suivi annuellement, en moyenne, un minimum de 50 patients répondant aux conditions de l'article 3 de la convention».*

Sur l'insistance de santhea, l'Inami a décidé de permettre aux centres qui sollicitent une convention de conclure des accords avec d'autres hôpitaux, permettant d'atteindre la taille critique d'au moins 50 patients. Malgré ce mécanisme, seuls 3 hôpitaux bruxellois et l'UZ Leuven ont réussi à justifier de l'activité minimum requise.

En raison des critères de sélection des Centres, santhea s'est vigoureusement opposé au projet, considérant qu'obliger tous les patients concernés et leurs proches, à se déplacer à Bruxelles pour obtenir des conseils spécialisés, nuisait gravement à l'accessibilité des soins de santé.

# Les trois piliers de la réforme du secteur hospitalier selon santhea

Aucun doute n'est plus possible, l'état de santé des hôpitaux, dans les 3 régions du pays, est plus que préoccupant.

Selon la banque Belfius, 23 hôpitaux généraux sur 92 avaient un résultat courant négatif en 2011, ils étaient 28 en 2012 et 40 en 2013, soit 44%.

Pour combler leur déficit et continuer à investir malgré la situation difficile, les hôpitaux généraux ont consommé en 2013, 20% de leur marge financière disponible. A ce rythme, le secteur tout entier sera en faillite endéans les 5 ans.

Les gestionnaires des hôpitaux ne sont évidemment pas prêts à laisser pourrir la situation sans réagir. Mais ils n'ont pas beaucoup de choix pour le faire.

Santhea considère qu'il y a urgence à réformer et que des pistes pragmatiques existent qui pourront rencontrer cette urgence. La réforme doit aller au-delà du financement. Le changement doit aboutir à une allocation optimale des ressources et encourager la recherche de l'efficacité. Il doit permettre de promouvoir les collaborations : entre hôpitaux, entre les hôpitaux et les médecins, entre les hôpitaux et les autres structures de soins, entre les hôpitaux et la première ligne.

La totalité de la réforme doit pouvoir être implémentée sur la législature.

Pendant plusieurs mois, un groupe de travail s'est réuni pour élaborer les grands contours d'une réforme. Les travaux ont abouti à une proposition concrète présentée en octobre. La réforme proposée :

- émane des gestionnaires de terrain;
- repose largement sur les outils disponibles et peut donc être implémentée rapidement;
- repose sur 3 piliers : financement, intégration du médecin hospitalier, promotion de la qualité; remet le gestionnaire au centre du dispositif;
- induit l'efficacité et les économies qui en découlent.

Pour y arriver, santhea veut utiliser au maximum les outils actuels. La plupart sont bons et doivent continuer à être développés :

- le principe du budget fermé réparti entre les hôpitaux qui donne la garantie à l'Autorité politique qu'une fois le budget national déterminé, il n'y aura aucun risque de le dépasser;

La proposition de santhea, rédigée en étroite concertation avec les gestionnaires hospitaliers, a l'ambition d'induire une mutation du secteur des soins de santé par l'intermédiaire d'un nouveau mode de financement hospitalier dont l'implémentation sera possible à très court terme et dont les premiers résultats permettront d'éviter la catastrophe annoncée.



- le principe du financement à l'activité évaluée, selon la nature de l'activité, par les outils existants : nomenclature, APRDRG, DIRHM, durée d'hospitalisation.

L'actuel système de financement est complexe, peu transparent et peu cohérent. Ces caractéristiques sont bien entendu liées au fait qu'il vise à financer des situations complexes mais surtout au fait de son édification progressive depuis les années 80.

L'actuel système de financement mélange montants à l'acte (pour une bonne partie de l'activité médicale) et montants forfaitaires pour l'essentiel de l'activité hospitalière.

Pour assurer au financement, homogénéité, lisibilité et transparence, santhea propose de réunir en une seule enveloppe nationale l'ensemble des sources actuelles de financement, y compris le financement de l'activité médicale.

*Cette enveloppe nationale sera ensuite répartie en 4 sous-enveloppes nationales :*

- la sous-enveloppe « financement des investissements » pour financer les investissements mobiliers et immobiliers;
- la sous-enveloppe « financement de la programmation » pour financer l'équipement et les frais de fonctionnement associés à des programmes et/ou appareillages spécifiques;
- la sous-enveloppe « financements spécifiques » pour le financement de toutes les fonctions, missions, dispositions et permanences imposées par la législation ou contractualisées

avec l'hôpital et dont le coût n'est pas lié à la prise en charge et aux besoins directs du patient;

- la sous-enveloppe « financement du patient » qui comprend tous les coûts justifiés par la prise en charge d'un patient. Cette dernière sous-enveloppe est à son tour divisée en 6 parties :

- partie 1 qui comprend l'ensemble des moyens destinés à assurer la rémunération de l'activité médicale;
- partie 2 qui comprend l'ensemble des moyens destinés à assurer la rémunération de l'activité soignante;
- partie 3 qui assure la couverture des coûts administratifs et logistiques;
- partie 4 qui doit couvrir le coût des médicaments, des dispositifs médicaux ainsi que les coûts de fonctionnement de l'officine hospitalière;
- partie 5 pour assurer la prise en charge de la lourdeur sociale du patient;
- partie 6 pour couvrir les charges financières.

Santhea propose de réunir en une seule enveloppe nationale l'ensemble des sources actuelles de financement, y compris le financement de l'activité médicale.

Chacune de ces enveloppes, sous-enveloppes et parties est répartie entre les hôpitaux. On s'inscrit donc dans le scénario de répartition d'une enveloppe fermée et donc d'une parfaite maîtrise des budgets fédéraux.

La sous-enveloppe relative au financement du patient est majoritairement répartie sur base d'un système de points d'activité calculés pour chaque hôpital en fonction de l'activité mesurée sur une année de référence par les instruments de mesure existants et adaptés à la nature de l'activité (médicale, soignante...). Idéalement, l'année de référence devrait être la plus proche possible de l'exercice financé (santhea propose l'année N-2).

Exemple de financement pour le séjour du patient X hospitalisé au cours de l'année N-2.

PAMJ	PAIJ	PAALJ	PAPJ	PASJ	AFJ	TOTAL
Points activité médicale justifiée	Points activité infirmière justifiée	Points activité administrative et logistique justifiée	Points activité pharmaceutique justifiée	Points activité sociale justifiée	Activité financière justifiée: Total * [i = 4,5%] * 21%	
10,20 €	15,90 €	8,10 €	13,00 €	4,10 €		Valeur du point
73 points	89 points	110 points	72 points	17 points		Nombre de points
745 €	1 415 €	891 €	936 €	70 €	38 €	<b>4 095 €</b>

Le budget pour l'année N de l'hôpital Y sera constitué de l'addition des montants pour tous les patients traités au cours de l'année N-2.

L'hôpital sait exactement, au début de chaque année, le budget précis dont il disposera pour couvrir l'ensemble de ses coûts pendant l'année.

Dans le système actuel, l'honoraire médical couvre le salaire du médecin ainsi que le coût du personnel et du matériel nécessaires pour la réalisation de l'acte médical. Mais les coûts ne sont pas bien identifiés dans l'honoraire.

Aujourd'hui, c'est l'hôpital qui engage le personnel et investit dans le matériel nécessaire à l'exercice de la médecine. C'est le médecin qui promérite l'honoraire. Ce système implique une incessante négociation entre les gestionnaires et



les médecins hospitaliers sur la part de l'honoraire qui revient à chacun.

Le système proposé par santhea évite ce débat dans la mesure où tout le personnel et tout le matériel font l'objet d'un financement spécifique. Les montants perçus pour rémunérer l'activité médicale sont bien identifiés.

Pour santhea, le système implique une participation effective du médecin hospitalier à la gestion de son « entreprise hospitalière ». Le médecin hospitalier doit avoir une influence réelle sur les choix de gestion, les politiques du personnel et les politiques d'investissement.

Le médecin hospitalier doit obligatoirement être associé à l'élaboration du modèle de répartition de l'entièreté des sommes récoltées pour rémunérer l'activité médicale au sein de son hôpital.

Le système actuel basé sur des normes structurales, fonctionnelles et organisationnelles, contrôlées périodiquement, est non seulement peu apte à garantir la qualité mais il constitue un obstacle à l'efficace.

Se contenter de ce contrôle périodique dans un contexte d'autonomie de gestion largement étendue porte le risque de choix de gestion qui ne garantiraient pas la qualité de prise en charge à laquelle a droit chaque patient.

Selon santhea l'Autorité publique a un rôle essentiel à jouer pour garantir que tous obtiennent les soins de qualité auxquels ils s'attendent en se rendant à l'hôpital. C'est pour endosser ce rôle qu'elle doit investir dans une politique efficace d'amélioration continue de la qualité.

Santhea est convaincu qu'un travail commun doit être entrepris pour harmoniser les démarches continues d'amélioration de la qualité dans les institutions de soins afin de garantir l'amélioration de la qualité dans tous les hôpitaux et pour tous les patients. Dans ce cadre, la Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients – PAQS ASBL – association nouvellement créée et rassemblant de nombreux acteurs du secteur, apparaît comme étant l'endroit idéal pour mener les travaux et faire en sorte qu'à terme, les

indicateurs produits soient les plus pertinents et les plus justes pour permettre aux institutions d'améliorer leur gestion, aux autorités de suivre l'évolution du secteur, aux praticiens de comparer et améliorer la qualité des soins, et au public d'être convenablement informé.



## Un changement de mentalité du corps médical et des gestionnaires est nécessaire



Benoit Collin

Benoit Collin, administrateur général adjoint de l'Inami, explique les éléments qui, sur base de son expérience et des discussions, devraient être les lignes directrices de la réforme du secteur hospitalier.

«L'Inami a été associé dès le départ au projet de réforme du financement hospitalier lancée par Laurette Onkelinx. Nous poursuivons avec Maggie De Block cette réflexion et sa concrétisation. Nous sommes conscients que le Budget des moyens financiers (BMF) est sous-financé, principalement pour les frais de personnel. Nous constatons aussi que les poches pour pouvoir mieux financer l'hôpital diminuent au gré des économies. Dans ces circonstances, il devient difficile pour les hôpitaux d'atteindre l'équilibre financier», constate Benoit Collin.

«Malgré le fait que le cadre de financement a évolué depuis les années 80, il est devenu obsolète. Il correspond au financement des hôpitaux du passé. C'est pour cette raison que nous estimons, comme la ministre de la Santé publique et des Affaires sociales, qu'avant de réaliser une réforme du financement, une réforme du paysage hospitalier, voire de l'ensemble du secteur de la santé, s'impose. Les cadres légal et financier actuels ne sont plus adaptés aux hôpitaux d'aujourd'hui, ni surtout à ceux du futur», souligne l'ancien directeur hospitalier.

### Se centrer sur les besoins

Benoit Collin rappelle que le système hospitalier actuel est basé essentiellement sur l'offre – même s'il y a eu les réformes menées par Jean-Luc Dehaene – et non sur les besoins. L'administration et le cabinet De Block estiment qu'il faut recentrer le paysage hospitalier sur les besoins des patients en trouvant le bon équilibre entre réalisme financier et adaptation de l'offre. «Lorsque nous aurons fait cela et que nous aurons revu la gouvernance du système, nous pourrions travailler à une réforme du financement hospitalier.»

La programmation devra aussi être revue. «L'objectif n'est pas d'avoir une programmation étatique de type «soviétique» mais de s'interroger sur les besoins réels, l'offre et les résultats à atteindre.»

«Il convient de diminuer l'offre d'hôpitaux aigus classiques et de redéfinir les concepts hospitaliers. Il n'y aura pas pour autant de préséance entre les différents types d'hôpitaux (généralistes, universitaires, de proximité...) mais une répartition précise des rôles. Le secteur de la santé ne va pas disposer de plus de moyens dans les années à venir. Ce n'est qu'en rationalisant le paysage hospitalier classique - en réalisant des reconversions, des fermetures -

que l'on pourra au sein de l'enveloppe budgétaire existante avoir moins d'acteurs. Cette réduction permettra de mieux financer les acteurs restants dans le secteur aigu.»

*«Le paradigme de l'hospitalo-centrisme doit être modifié, ajoute l'administrateur général adjoint de l'Inami. L'hôpital doit retrouver une place normale dans la chaîne de soins, pas la place principale ou la place pivot. Pour une prise en charge des patients, de plus en plus intégrée, il faut définir ce qui doit être fait à proximité, dans l'hôpital local, dans un centre de référence...»*

### Laisser la gouvernance aux acteurs de terrain

Benoit Collin estime nécessaire de mettre en place une nouvelle gouvernance au niveau zonal (zone de soins) orientée résultats et de laisser les acteurs de terrain exercer leurs compétences en définissant leurs actions de manière transversales et intégrées. *«Nous allons également discuter davantage avec les entités fédérées qui exercent de nouvelles compétences en santé.»*

Il est aussi indispensable pour l'Inami de revoir la gouvernance au sein de l'hôpital et de redéfinir les rôles des médecins et des gestionnaires hospitaliers. «Un hôpital est avant tout défini par une stratégie médicale et de santé publique. L'élément médical et de soins est prépondérant. Il faut que les médecins s'impliquent dans la gestion de l'entreprise. Nous devons leur donner une place aussi importante que celles des autres partenaires de gestion. Ils doivent être co-responsables et co-décideurs. Le nouveau financement doit permettre de gérer tous ensemble l'hôpital sur base d'une stratégie médicale et hospitalière. Ce type de fonctionnement va demander

un changement de mentalité important, tant du corps médical que des gestionnaires.»

Les articles de la loi sur les hôpitaux qui traitent du conseil médical et du conseil de gestion devront être modifiés. «Gérer des hôpitaux sans les médecins cela ne fonctionne pas. Gérer des hôpitaux uniquement avec ou par des médecins cela ne fonctionne pas non plus. Il est indispensable de trouver le bon équilibre en tenant compte des compétences de chacun», commente Benoit Collin.

*«Les honoraires appartiennent aux médecins, précise le spécialiste en politique hospitalière. Ce principe de base ne changera pas. Il ne s'agit pas de définir des honoraires purs et puis de distribuer le solde des honoraires à l'hôpital sans effectuer aucun contrôle. Il ne faut pas supprimer le système actuel qui distingue les honoraires des médecins du BMF. Par contre, il sera nécessaire de gérer ces moyens d'une façon nettement plus intégrée. Aujourd'hui, le financement hospitalier est forcément concurrentiel parce que l'enveloppe budgétaire est fermée. Il est consommériste puisqu'il est basé sur les admissions et sur les activités tant pour les honoraires que pour le BMF. Ce système ne pousse pas à la collaboration. Plus qu'une évolution, il va falloir faire une révolution (changer de paradigmes) mais en prenant le temps d'une mise en place et d'une adaptation des structures et des mentalités», conclut l'administrateur général adjoint de l'Inami.*



Janvier

Février

Mars

Avril

Mai

Juin

Juillet

Août

Septembre

Octobre

**Novembre**

Décembre

Partie **2**

**Novembre  
2014**

# Thèmes abordés Novembre 2014

## > Indicateurs de la qualité des soins

Début novembre, le département Études & Qualité s'est fixé comme nouvel objectif de développer une série d'indicateurs de la qualité des soins hospitaliers, thématique au centre de l'actualité en Belgique. Au nombre de sept, ces indicateurs ont été construits sur base d'une revue de la littérature et de l'analyse des données RHM fournies par les institutions membres. Les cinq premiers indicateurs concernent des taux de mortalité intra-hospitaliers spécifiques tandis que les deux derniers permettent d'étudier les tendances aux recours de certains actes chirurgicaux invasifs. Ces indicateurs seront amenés à être affinés en 2015.

## > 1<sup>ère</sup> réunion du groupe de travail relatif au financement de la stérilisation

Le groupe de travail relatif au financement de la stérilisation s'est réuni pour la première fois le 19 novembre 2014. L'objectif premier de la réunion était de discuter et valider la méthodologie mise en place au sein de santhea pour évaluer le plus correctement possible **le sous financement du personnel de la stérilisation**. Compte tenu du profil des participants et de l'actualité, ont également été discutés les problèmes liés au financement B2 actuel de la stérilisation, ainsi que l'enquête sur les temps standards de stérilisation lancée par le SPF dans le cadre du groupe de travail B5, visant à mettre en place des critères de répartition les plus cohérents possibles du financement de la stérilisation à l'occasion de son transfert vers la sous-partie B5.

## > Séance d'information PACHA

- Projet PACHA: bilan et développements
- Benchmarking médicalisé à partir des données PACHA (exemple du laboratoire)
- Financement par pathologie en France
- Présentation par le KCE de son cadre conceptuel pour la réforme du financement des hôpitaux

## > HOPE

La présence et l'activité de santhea au sein de la fédération européenne des hôpitaux, HOPE, ne se limite pas à y porter la voix de ses hôpitaux affiliés mais permet également de suivre l'évolution de dossiers importants traités par les institutions européennes.

Parmi les problématiques faisant l'objet de toute notre attention nous pouvons citer à titre d'exemple celle des soins transfrontaliers.

La transposition en droit belge de la Directive européenne relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers (soins programmés) devait être achevée pour le 25 octobre 2013 mais a en effet, comme dans de nombreux pays européens, accusé un retard et, partant, un suivi prolongé. Cette transposition a nécessité une série de modifications de lois et arrêtés royaux auxquels nous nous devons d'être attentifs afin d'informer nos membres adéquatement non seulement des évolutions des textes qui leur sont applicables mais aussi des conséquences concrètes – et parfois des difficultés pratiques - que cela a entraîné.

## > Commission paritaire 330

Vu la lourdeur du climat social suite aux différentes mesures prises par le Gouvernement et les préavis de grève déposés par les syndicats, les membres de la Commission paritaire ont invité une représentante du SPF Emploi à venir expliquer la procédure permettant la réquisition du personnel. Les organisations syndicales ont invité les employeurs, dans le cadre de cette procédure, à convoquer rapidement des Comités de grève.

# Des projets taillés sur mesure pour nos membres

La qualité des services rendus par santhea à ses membres est une **priorité**. Ainsi, la constitution d'une **base de données interhospitalière dès 2007** vise à fournir aux institutions un ensemble d'indicateurs susceptible de les soutenir dans la mise en place d'une gestion efficace. Si au cours des premières années, le travail s'est surtout concentré sur les données structurées fournies aux hôpitaux par les autorités publiques, le besoin d'élargir les thématiques traitées s'est progressivement fait sentir, et a donné naissance à deux projets développés sur base d'une demande précise de nos membres : la mesure de la Satisfaction Patients et l'Absentéisme.

## Le Partenariat Sécurité Qualité donne naissance au projet Satisfaction Patients

Signé en 2010 entre les mutualités socialistes et santhea, le Partenariat Sécurité Qualité (PSQ) a donné naissance à trois projets annuels dès janvier 2011. Ces projets ont pour objectifs de soutenir les institutions membres de santhea dans leurs démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Ces projets se doivent bien entendu de répondre aux souhaits et aux besoins des institutions. Dès les premières réunions, la thématique de la satisfaction des patients est apparue comme une demande unanime.

## Un projet développé par et pour nos membres

De multiples projets liés à l'évaluation de la satisfaction des patients sur base d'enquêtes avaient existé par le passé, mais tous souffraient de trois grands points noirs : une charge de travail importante pour le responsable institutionnel du projet, un taux de réponse limité et une faible utilisation des résultats produits, souvent liée à un long délai de traitement des questionnaires remplis par les patients. Dès l'initiation du projet, **la volonté première de santhea était de proposer des solutions aux problèmes rencontrés dans les expériences précédentes.**





Quatre institutions se sont portées volontaires pour essayer les plâtres du projet en 2011.

Pour ce faire, les orientations suivantes ont été choisies :

- réalisation d'un questionnaire court de 20 questions, basé sur le questionnaire dit « de la Région Wallonne » encore utilisé par quelques institutions, afin d'agir positivement sur le taux de réponse et d'accélérer le traitement ;
- traitement des questionnaires de manière centralisée par santhea pour diminuer la charge de travail au sein des hôpitaux ;
- envoi d'un rapport mensuel pour encourager les équipes à s'investir dans le projet et ainsi favoriser la mise en place d'actions correctrices.

**Quatre institutions se sont portées volontaires pour essayer les plâtres du projet en 2011.** Dès 2012, une dizaine d'institution ont pris part au projet.

Par la suite, la participation connaît une croissance régulière.

Le projet a continué, quant à lui, à se développer puisqu'à côté du questionnaire général créé en 2011, de nouveaux questionnaires thématiques

ont vu le jour afin de répondre à de nouvelles demandes : trois questionnaires psychiatriques (Questionnaire psychiatrique, Questionnaire pédopsychiatrique et Défense sociale) distribués dès le 1<sup>er</sup> juillet 2013, et un questionnaire relatif aux Consultations distribué en novembre 2013. Depuis le lancement des enquêtes, un rapport mensuel dynamique permettant une navigation dans les données est fourni aux institutions. Comme cela a déjà été souligné, il s'agit là d'une priorité du projet destiné à le pérenniser en le rendant utile sur le terrain. Plusieurs indicateurs y sont présentés, par question et par indice regroupant un même type de questions, afin de permettre aux responsables internes de procéder à l'analyse des résultats et de dégager des pistes d'amélioration. **Les résultats sont présentés sous forme d'un benchmark anonymisé afin de pouvoir se positionner au regard des autres institutions.** Au cours de l'année 2014, la possibilité d'obtenir le détail des données au format Excel a été offerte aux institutions. L'objectif est de permettre à ceux qui le souhaitent, d'analyser plus finement les résultats des enquêtes de satisfaction. Pour faciliter le travail, un certain nombre de graphiques et de filtres sont proposés dans le fichier transmis aux hôpitaux qui en font la demande.

## Un projet en développement continu

Aujourd'hui, une vingtaine d'institutions participent au projet de mesure de la Satisfaction Patients développé depuis 2011, ce qui se traduit par près de 30.000 questionnaires traités annuellement par santhea. Ces nombres devraient encore croître dans le futur étant donné la demande croissante des patients d'être intégrés comme acteurs au processus de soins ainsi que la présence de cet indicateur dans tous les référentiels d'accréditation. Par ailleurs, quatre nouveaux questionnaires thématiques seront mis en circulation dans le courant du premier semestre 2015 : un questionnaire pour la Pédiatrie, un questionnaire pour les Urgences, un questionnaire pour la Maternité décrivant le parcours de la mère depuis la première consultation jusqu'à la sortie de la maternité, ainsi qu'un questionnaire relatif à la Néonatalogie non intensive. **Progressivement, le**

Progressivement, le projet se développe afin de pouvoir fournir aux hôpitaux une vue de plus en plus exhaustive sur le regard porté par le patient sur son passage à l'hôpital.

projet se développe afin de pouvoir fournir aux hôpitaux une vue de plus en plus exhaustive sur le regard porté par le patient sur son passage à l'hôpital. Couplé aux autres indicateurs fournis par santhea, la vision transversale de la gestion, indispensable à la mise en place de démarches

d'amélioration continue, se construit donc au fur et à mesure des nouveaux projets.



# Interview ”

## « Mesurer, comparer et améliorer »



Christian Franckart

*“Par le passé, le processus d'évaluation de la satisfaction des patients ne fonctionnait pas bien. Il était très lourd et ne permettait pas une gestion rapide et dynamique des résultats. Les hôpitaux étaient confrontés à un problème d'encodage. Ils devaient trouver une solution technique pour gérer les datas», explique Christian Franckart, coordinateur qualité au Centre hospitalier Peltzer-La Tourelle de Verviers.*

*Le questionnaire de satisfaction a été raccourci tout en gardant les grandes lignes du document qui avait été rédigé au départ par la Région Wallonne. «Avant, ce formulaire comportait plus ou moins 80 questions. Les résultats étaient complexes à exploiter. Le raccourcissement du questionnaire rend l'abord par le patient et le benchmarking des résultats entre les hôpitaux plus simples. En collaborant au projet de mesure de la satisfaction développé par santhea, chaque hôpital peut se concentrer sur l'analyse des indicateurs et mettre en place en interne des procédures afin d'augmenter le taux de réponse au questionnaire de satisfaction. En outre, grâce au feedback rapide et anonymisé que santhea transmet à chaque hôpital participant au projet, nous pouvons évaluer notre travail. Les hôpitaux peuvent utiliser leurs propres données de satisfaction pour*

*réaliser en interne une analyse très fine qui descend jusqu'au niveau des services. Cette analyse permet de mettre en lumière des interactions organisationnelles qui ont un impact sur les indicateurs. Evidemment, les indicateurs de satisfaction restent subjectifs parce qu'ils sont liés à l'expérience personnelle du patient. Il faut dès lors multiplier le nombre de réponses pour dégager la vision la plus pertinente», explique Christian Franckart.*

*L'approche interhospitalière mise en place par santhea a également permis de comparer les bonnes pratiques. «Nous pouvons échanger ainsi sur le meilleur moment qu'il faut fixer pour demander au patient de remplir le questionnaire. Est-ce à l'admission? A la sortie? Faut-il être passif ou actif? Est-il nécessaire de dire au patient que son avis nous intéresse? Le projet interhospitalier permet de revenir vers les équipes en leur donnant les taux de réponse obtenus par les hôpitaux en fonction des processus et des modalités de distribution et de réception des questionnaires. Cette méthodologie augmente le rendement qualitatif et améliore la procédure.»*

## La naissance du projet Absentéisme

La création d'une base de données sur l'absentéisme correspond à une réelle demande des hôpitaux.

En effet, il n'existe pas encore d'étude spécifique au secteur des soins de santé et les autorités publiques ne fournissent aucune donnée standardisée en la matière.

Le groupe de travail Ressources Humaines a donc été réuni en juin 2013 pour discuter du lancement d'un tel projet au sein de santhea. Il y a été décidé de reprendre les bases du projet mis sur pied par un groupe restreint d'hôpitaux affiliés à santhea.

La première réunion du groupe de travail « Absentéisme », qui avait pour but principal de définir les modalités de mise en place du projet en fonction des besoins et contraintes de chacun, a permis de mettre en évidence les quelques

difficultés auxquelles nous allons devoir faire face pour construire ce projet commun : le fait que toutes les institutions n'utilisent pas les mêmes logiciels de paie et/ou de planification, que les heures et jours d'absences soient comptabilisés différemment en fonction du paramétrage propre de leurs outils/software, qu'il existe une différenciation de traitement entre les agents contractuels et statutaires dans les hôpitaux publics, etc.

Une enquête, sous forme de questionnaire envoyé par mail, a alors été lancée pour évaluer l'impact des différences précitées et ainsi pouvoir définir une base de travail commune.

## Création du module Absentéisme au sein de la DB

Grâce aux résultats de l'enquête et à la réalisation d'entretiens individuels début 2014, un cahier des charges a pu être rédigé. Il décrit précisément la structure des données à transmettre. La fréquence et la période d'extraction y sont indiquées, ainsi que l'intitulé à donner aux différents fichiers d'extraction, leur format et le contenu des champs qui doivent s'y trouver. Deux extractions sont décrites dans la version initiale du cahier des charges : une à partir du logiciel de paie (exprimée en jours) et une à partir du logiciel de planification (exprimée en heures). Il semblerait en effet que deux extractions soient nécessaires pour avoir un maximum



d'informations et pour permettre à tout le monde de participer au projet. De fait, ne demander qu'une extraction en heures du logiciel de planification réduirait l'échantillon (certaines institutions ne disposent pas encore d'un logiciel de planification ou en ont une utilisation très restreinte). Aussi, il semblait intéressant de travailler avec une fréquence trimestrielle ou mensuelle pour des données exprimées en heures «planifiées» afin d'approximer la réalité de terrain. A l'inverse, le calcul de l'indice de Bradford a plus de sens sur une base annuelle avec des chiffres exprimés en jours.

En parallèle au cahier des charges, un memento fut établi pour définir les indicateurs calculés dans le datawarehouse ; ce memento peut faire l'objet de modifications au cours du projet en fonction des desideratas des membres par rapport aux indicateurs qui les intéressent.

**Une première récolte des données a eu lieu en octobre 2014 auprès d'un groupe restreint d'une dizaine d'hôpitaux.** Pour celle-ci, il a été décidé de se restreindre à l'extraction du logiciel de paie. Suite à l'injection de ces fichiers dans la base de données, un premier benchmark des institutions de santhea sur base des 3 indicateurs définis initialement a été présenté lors du comité de pilotage.

### Evolution future du projet

**La prochaine récolte des données aura lieu en 2015 auprès d'un groupe élargi d'institutions.** Les adaptations du cahier des charges et du memento qui seraient décidées lors du premier GT 2015 y seront incorporées.

Le GT Absentéisme pourrait alors se réunir pour permettre aux institutions de se comparer et de partager, le cas échéant, leurs bonnes pratiques de gestion de l'absentéisme. On pourrait également envisager d'inviter des intervenants externes à même de proposer des solutions au problème de l'absentéisme qui semble prendre de l'ampleur au fil du temps.





# Interview

## « La mesure de l'absentéisme est très complexe »



Stéphane Olivier

L'absentéisme des travailleurs hospitaliers est une réalité qu'il faut pouvoir mesurer correctement. Pour Stéphane Olivier, directeur général adjoint du CHU Ambroise Paré, le module d'évaluation et de comparaison de l'absentéisme développé par santhea permet aux hôpitaux partenaires d'appréhender plus efficacement cette problématique.

Stéphane Olivier souligne que la mesure de l'absentéisme est très complexe. *«La fédération santhea a produit un énorme travail de fond, durant des mois, pour déterminer la bonne manière de calculer le taux d'absentéisme. Au départ, il convient de bien définir le numérateur et le dénominateur. Il est, par exemple, nécessaire de décider si on comptabilise les absences en heures ou en jours. Il faut choisir une série de paramètres qui vont déterminer le résultat global. Sur le long terme, comme le système proposé par santhea est automatisé, les hôpitaux gagnent beaucoup de temps en l'utilisant. Evidemment, au début, il a fallu investir de l'énergie pour conceptualiser le projet.»*

*«Avant, lorsque nous parlions de l'absentéisme entre directeurs généraux et directeurs des ressources humaines, les discussions s'arrêtaient assez rapidement parce que nous manquions de données fiables permettant*

*de comparer l'ampleur de cette problématique dans nos institutions, ajoute le directeur général adjoint du CHU Ambroise Paré. Nous n'utilisons pas les mêmes formules pour calculer les taux d'absentéisme. Si, par exemple, un hôpital tient compte dans cette mesure des accidents de travail, il n'aura pas du tout les mêmes résultats que l'institution qui n'intègre pas ces données dans le calcul.»*

Stéphane Olivier insiste aussi sur l'intérêt de disposer d'informations fines sur l'absentéisme. *«En comparant les données relatives à des services, nous pouvons déterminer si le taux d'absentéisme dans notre institution est un véritable problème ou s'il se situe dans la moyenne des taux constatés dans les autres institutions qui participent au projet. Par exemple, lorsqu'on s'intéresse à l'absentéisme au niveau du brancardage - qui est élevé -, on se rend compte que ce problème se pose dans tous les hôpitaux. Faut-il dès lors investir beaucoup de moyens pour essayer de réduire l'absentéisme dans ce service ou le faire dans des services qui, selon les résultats de l'analyse comparative, ne souffre généralement pas de ce problème?»*



Janvier

Février

Mars

Avril

Mai

Juin

Juillet

Août

Septembre

Octobre

Novembre

**Décembre**

Partie **2**

**Décembre  
2014**

## > Comité de pilotage – Datawarehouse santhea

Le Comité de Pilotage 2014 était structuré en trois parties. La première concernait l'état des lieux de la base de données inter-hospitalière avec un focus sur les nouveautés (codes CNK, indicateurs Absentéisme, RHM + indicateurs Qualité) et les perspectives de développement. La deuxième présentation avait trait à l'étude relative à l'évaluation des besoins futurs en capacités hospitalières. La méthodologie et le travail déjà réalisé furent exposés. Enfin, l'analyse des BMF au 1er juillet 2014 clôtura la matinée.

## > Offre des soins hospitaliers (Groupe de travail du CNEH)

Le CNEH était invité par la Ministre de la Sécurité sociale et de la Santé à compléter l'avis relatif à la programmation des lits Sp du 16/05/2013.

Le Groupe de travail propose d'adapter l'avis en y ajoutant les quatre éléments suivants :

- il faut prévoir suffisamment de lits de réadaptation en hôpital aigu et catégoriel;
- il faut prévoir suffisamment de lits MRPA/MRS pour accueillir les personnes âgées;
- il faut renforcer le travail en réseau et la collaboration entre services hospitaliers aigus, services de réadaptation et soins chroniques à domicile et prévoir une structure intermédiaire adaptée comme par exemple une structure de convalescence;
- il faut ne plus maintenir ou admettre dans les lits hospitaliers aigus ou de revalidation, des patients qui attendent leur placement dans d'autres établissements ou qui ne peuvent pas regagner leur domicile pour des raisons non médicales, mais créer et élargir la capacité alternative d'accueil notamment, par exemple, pour des patients souffrant d'un handicap physique ou mental à un stade avancé d'une maladie (syndrome de Korsakoff, sclérose en plaques, maladie de Huntington, ...).

## > CNEH Section Financement

Outre l'examen habituel des dossiers BMF individuels des hôpitaux, la Section Financement émet 2 avis le 11 décembre 2014 (à la rédaction desquels santhea a grandement participé) :

### 1. Avis de la section financement concernant la **modification de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers au 1<sup>er</sup> janvier 2015 (CNEH/D/SF/ 115-3)**

#### **A. Mesure d'économie «réduction de la durée de séjour des accouchements ordinaires de ½ jour» :**

Cette mesure « doit représenter un budget de 18.727.024€ en base annuelle en terme de budget global » : le CNEH estime que ce montant est largement surévalué. L'économie a été calculée en appliquant une règle de trois sur un prix de journée complet à 100%, ce qui ne tient pas compte des coûts fixes dont le financement ne varie pas en fonction de la durée de séjour (amortissements, charges financières, appareillages médicaux et non médicaux, frais généraux, entretien, chauffage, etc...).

La Section Financement estime à 6,5 millions l'économie en termes de BMF, résultant d'une réduction d'1/2 jour de la durée moyenne de séjour des accouchements par voie vaginale (APR DRG 560) et des accouchements par césarienne (APR DRG 540) de niveaux de sévérité 1 et 2.

Cette économie « mécanique » correspond à la diminution des lits justifiés et reste encore surévaluée par rapport aux coûts : la réduction de la durée de séjour n'aura pas d'impact sur le personnel de salle d'accouchement et l'intensité du travail infirmier diminue au cours des derniers jours d'hospitalisation : on ne peut donc pas appliquer une réduction proportionnelle du financement sur base de la réduction de la durée de séjour normative.

Pour répondre à la demande d'économies, la Section financement propose de figer la durée de séjour moyenne standardisée en maternité, prise en compte pour le calcul de la sous-partie B2 du BMF au 1er juillet 2015 en la diminuant de 0,5 jour en 2015. Les durées de séjour moyennes standardisées sont calculées, en 2015, distinctement pour les APR-DRG 540 (accouchements par césarienne) et 560 (accouchements par voie basse) et pour chacun des niveaux de sévérité retenus (1 et 2). Elles seront ainsi fixées comme suit :

Moyennes 2011	BFM 1/7/2014	BFM 2015
	Durée justifiée	Nouvelle durée justifiée
AprDrg_FR	Moyenne Nationale	-0,5 jour
560 Accouchement par voie vaginale. Sévérité 1	4,61	4,11
560 Accouchement par voie vaginale. Sévérité 2	4,98	4,48
540 Accouchement par césarienne. Sévérité 1	6,12	5,62
540 Accouchement par césarienne. Sévérité 2	6,89	6,39

Le CNEH se dit prêt à collaborer à la mise en place de la réforme visant à aligner la durée de séjour en maternité sur les normes internationales, notamment via une réorganisation en profondeur des soins postnatals. Le CNEH estime intéressant d'examiner les possibilités de nouvelles modalités de prise en charge et d'alternatives à l'hospitalisation, notamment, par exemple, dans le cadre de projets pilotes comme ce qui a été fait en application de l'article 107 de la loi sur les hôpitaux dans le secteur psychiatrique, mais également d'examiner les facteurs qui pourraient faire obstacle à une prise en charge rapide au domicile (par

exemple parturientes socialement défavorisées).

Enfin, d'une manière plus générale, la Section financement estime nécessaire d'inscrire la réforme du secteur hospitalier dans une vision de politique de santé globale à moyen terme visant tant la réorganisation du paysage hospitalier, avec, entre autre, la problématique des petites maternités de moins de 500 accouchements, mais aussi l'offre de soins en aval et en amont de l'hôpital, que les modalités de financement. A ce niveau, l'on peut penser à un premier projet dans le cadre du nouveau financement hospitalier par admission. Seule une réforme intégrant ces différents aspects, planifiée sur le moyen terme, permettra de dégager les moyens nécessaires pour répondre à l'évolution des besoins de santé.

B. La section Financement marque son accord sur le **taux d'intérêt de 3,68%** retenu pour le calcul de la sous-partie A2 du BMF pour l'année 2015.



**C.** La section Financement rappelle l'avis divisé émis en 2014 au sujet des **mini-forfaits** et le réitère par rapport aux modalités qui devraient être d'application au 1<sup>er</sup> janvier 2015.

**D.** Suite à la parution d'un arrêté royal, chaque hôpital doit enregistrer à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015, le «Treatment Demand Indicator (TDI)» à savoir une vingtaine de variables, concernant tous les traitements, en hôpital général ou psychiatrique, entamés au cours de l'année civile, pour un problème lié à la **consommation d'une ou plusieurs substances psychoactives (alcool et drogues illicites)**. La section Financement prend acte de la répartition du budget de 360.000 euros en fonction des enregistrements des admissions liées à la consommation de substances psychoactives (diagnostic principal voire secondaire, tabac exclu) encodés dans le RPM et le RHM de l'année la plus récente, mais demande que les hôpitaux puissent valider les données concernant ces critères de répartition avant leur utilisation dans le



financement. La section Financement souligne également qu'il s'agit d'une structuralisation à budget constant ce qui pourrait conduire à un sous-financement. A ce sujet, elle rappelle que de manière globale, le BMF ne couvre qu'une partie des coûts des enregistrements.

**E.** La Section prend acte des informations transmises concernant la cellule inter-administrative (injection d'un budget de 1.475.000 € dans les projets pilotes B4 afin d'exécuter les décisions prises en CIM sur les maladies chroniques et les alternatives à l'hospitalisation ainsi que la mise en œuvre du Plan national 'maladies rares', avec pilotage des recherches par une cellule inter-administrative SPF / INAMI, en concertation avec l'Observatoire des maladies chroniques) et souhaite être tenue informée des travaux de cette cellule.

**F.** La Section se réjouit de l'octroi en 2015 d'un nouveau budget permettant de couvrir les charges d'amortissement des travaux de reconditionnement amortis la première fois en 2015.

## 2. Avis de la section financement relatif à l'**exemption hospitalière pour les médicaments destinés à une thérapie avancée (ATMP) (CNEH/D/SF/114-3)**

La matière est complexe et le CNEH ne peut rendre un avis technique ou détaillé, mais émet une série de remarques:

La médecine évolue très rapidement et si ces «produits» semblent aujourd'hui constituer une exception, ces thérapies, en l'espace de cinq ans, s'ouvriront à un groupe de patients plus large qu'actuellement.

L'organisation et le financement pour ces thérapies ne sont pas réglementés, à quelques rares exceptions près (conventions à durée limitée à charge des frais administratifs de l'INAMI en vertu de l'article 56, §2, 2° de la loi AMI). Il est impératif d'examiner rapidement comment intégrer ces thérapies dans la structure normale, l'organisation habituelle et le financement classique.

Le passage dans le circuit classique à l'issue de la phase pilote n'est possible que si un financement structurel supplémentaire est prévu. Il n'est pas correct d'obliger les hôpitaux à intégrer ces nouveaux modes de travail / ces thérapies novatrices (afin de soigner leurs patients conformément aux derniers acquis de la science), alors qu'une grande majorité d'entre eux ne reçoivent pas les ressources supplémentaires nécessaires. Ces nouvelles thérapies impliquent en effet différents frais nouveaux: non seulement des frais de préparation, mais aussi des conditions nouvelles hautement impératives pour la production : traçabilité, qualité, pharmacovigilance..., des frais logistiques et administratifs supplémentaires, des rétributions pour le traitement et le contrôle du dossier par l'AFMPS, etc.

En termes plus concrets, la sous-partie B5 fortement sous-évaluée du BMF n'offre aucune marge permettant de répondre à ce genre d'innovations thérapeutiques indispensables.

Dans ses avis récents (NRZV/D/AF 101-2, 109-2 et 111-2), le CNEH souligne le défaut général de financement de la pharmacie hospitalière pour s'acquitter de ses différentes tâches et défis. Par ailleurs, des économies substantielles (130 millions€) ont été réalisées par l'instauration du forfait médicaments, lesquelles n'ont pas été reversées aux hôpitaux comme promis. Il est à signaler que pour la préparation de médicaments oncologiques ou immunologiques, le financement prévu est insuffisant voire inexistant, que ce soit en B5 (spécialités classiques remboursables aux patients hospitalisés) ou dans le régime INAMI (marge limitée sur les prix et remboursement de médicaments), et cela tant pour les patients en hospitalisation classique que pour les patients ambulatoires.

### > Monitoring cardio-respiratoire des nouveau-nés

L'avis très répandu est que, même s'il est indiqué dans quelques cas bien définis, le monitoring cardio-respiratoire des nouveau-nés n'est quasi pas

utile pour prévenir la mort subite des nourrissons. L'INAMI a donc proposé de modifier en profondeur la Convention qui en prévoit le remboursement.

Cette modification de la convention sur laquelle santhea ne pouvait que marquer son accord tant la littérature scientifique est concordante, a en outre permis à santhea d'obtenir (et c'est une des premières fois) que contrairement à ce qui est généralement prévu dans ce type de convention, à savoir, proposer les activités de la convention **sur un seul site** hospitalier, la possibilité est laissée de proposer ces activités **sur plusieurs sites** à la condition expresse que l'équipe compétente soit présente physiquement sur le site concerné.





# Transparence financière en soins de santé

## Quels changements en 2014 et 2015

Le système de santé en Belgique a certes des qualités mais aussi pas mal de défauts trop longtemps ignorés par beaucoup des acteurs de celui-ci mais aussi par le monde politique.

La non prise en compte et l'absence de résolution de ces défauts ont fini par miner le système si bien que sans changement radical de cap notamment dans le cadre du secteur hospitalier, notre système de soins de santé deviendra de moins en moins performant et efficient et les soins de qualité déjà fort écornés seront de plus en plus définitivement remis en question.

C'est d'ailleurs ces constats qui soutiennent le plan d'approche de la réforme hospitalière proposée par la Ministre actuelle des Affaires sociales et de la Santé publique.

La transparence financière en soins de santé n'est qu'une petite facette de la problématique mais est aussi le reflet des mauvais choix qui sont faits.

Chaque réformette n'est qu'une emplâtre qui n'aboutit à aucun effet majeur sur la transparence financière des soins mais aggrave la complexité de l'information. Cela aboutit à crispier les acteurs du système jusqu'à l'exaspération entraînant des comportements qui deviennent inacceptables.

Dans cet article, nous envisageons les modifications législatives récentes suivant 3 axes : la transparence financière vis-à-vis de l'INAMI et des organismes assureurs (OA), vis-à-vis des prestataires et vis-à-vis des patients.

### 1. Transparence financière – INAMI et Organismes Assureurs (O.A)

#### 1.1. Les établissements de soins

Nous aborderons cette question principalement (mais pas uniquement) par ce qui concerne les établissements hospitaliers.

Nous ne reviendrons pas sur les différentes composantes du budget des moyens financiers de l'hôpital (BMF) qui en lui-même peut être considéré comme totalement opaque malgré la volonté affichée inverse. Nous nous y intéresserons par le prisme de la facturation des frais de séjours en hospitalisation classique ou de jour, de la pharmacie hospitalière et des honoraires médicaux. On constate à cet effet que la prise en charge du patient fait l'objet, malheureusement encore, de manipulations qui peuvent être importantes et qui entrent dans le cadre de la « non transparence ».

Heureusement ces manipulations restent des exceptions. On en citera pourtant quelques exemples :

- les ristournes sur les médicaments et sur les dispositifs médicaux implantables, actifs ou non, négociés avec les firmes et fournisseurs et dont l'utilisation fait l'objet souvent d'une opacité totale;
- l'optimisation de la tarification en utilisant toutes les subtilités de la nomenclature avec pour conséquences d'entraîner volontairement ou non une « surfacturation » aux OA et aux patients;
- les manipulations volontaires de la nomenclature assimilables à des tricheries et qui malheureusement ne sont pas suffisamment investiguées par les inspections de l'INAMI et des OA et quand elles sont découvertes ne sont pas sanctionnées. Les abus découverts dans le cadre des mini-forfaits facturés en cas de perfusion de produits de contraste lors de la réalisation de scanners, d'IRM et CT Pet Scan en sont un exemple récent. En effet, on a préféré incorporer les mini-forfaits dans le BMF pour en limiter les dépenses au lieu de faire rembourser ceux qui de bonne foi ou de mauvaise foi ont sur-facturé ces prestations.

## 1.2. Les honoraires médicaux

En ce qui concerne les honoraires médicaux, le problème de transparence est principalement celui des suppléments facturés aux patients pour les prestations non remboursées par le OA et les suppléments facturés au patient en fonction du statut de conventionnement du médecin et en fonction du type de chambre.

Dans le cadre du conventionnement, les abus se retrouvent aussi bien dans le non conventionnement que dans le conventionnement partiel qui permet à un prestataire de pratiquer le déconventionnement durant certaines plages horaires dont il devient bien difficile de déterminer les limites bien qu'elles sont réglementées par la loi AMI.

## 1.3. Modifications législatives récentes

Plusieurs textes législatifs (Loi, Arrêté royal et Arrêté ministériel) ont apporté des modifications récentes importantes avec pour but d'améliorer la transparence financière. Ces textes concernent la loi sur les Hôpitaux, la loi AMI, l'AR BMF, les implants et les dispositifs médicaux implantables.

**1.3.1.** L'article 102 de la loi coordonnée sur les hôpitaux du 10 juillet 2003 a été modifié afin de préciser clairement ce qui reste à charge du BMF dans le cadre des implants et des dispositifs médicaux (voir nouvel article 102 en encadré).

Cette clarification devenait indispensable à la demande des hôpitaux d'autant plus que la Cour de cassation par un arrêt du 14 janvier 2014 a rappelé qu'il ne peut être dérogé aux articles 102 et 104 de la loi du 10 juillet 2008 même s'il existe une convention entre l'hôpital et le patient.

**1.3.2.** La loi en matière de dispositifs médicaux du 15 décembre 2013 ainsi que les AR d'application du 25 juin 2014 et du 29 juin 2014 qui en découlent ont permis :

1. de préciser l'impact de la notification d'un dispositif médical par le fournisseur. L'absence de notification ne permet plus au prestataire de le porter à la charge du bénéficiaire ;
2. de fixer par catégorie d'implants et de dispositifs médicaux, le remboursement par l'OA, l'intervention personnelle des bénéficiaires ainsi que la marge de sécurité admise pour certains implants et dispositifs médicaux ;
3. de fixer pour chaque implant et dispositif médical, la marge de délivrance du pharmacien d'officine hospitalière ;
4. de clarifier les conditions et les modalités liées aux prestations qui permettent le remboursement ;
5. de porter en charge du Budget des Moyens Financiers (et non du bénéficiaire) les implants dont le prix est plus élevé que la base du remboursement augmentée de la marge de sécurité ;

### **Arrêt de la Cour de cassation du 14 janvier 2014**

En l'espèce, était en cause une indemnité réclamée à un patient pour l'utilisation d'un robot chirurgical, dont le coût d'utilisation était, conformément à l'article 100 de la loi du 10 juillet 2008, – à l'époque l'article 94 de la loi du 7 août 1987 -, inclus dans le budget des moyens financiers de l'hôpital (prix de la journée d'entretien).

Malgré l'accord du patient quant à la prise en charge de cette indemnité, la Cour de cassation a jugé, en application des articles 102 et 104 de la loi du 10 juillet 2008, qu'aucune intervention financière ne peut être réclamée au patient pour les services et prestations de soins dont les frais sont couverts de façon forfaitaire par le budget des moyens financiers. Elle a, dès lors, estimé qu'une convention contraire à ces dispositions ne pouvait être opposée au patient dans le cadre d'une action en paiement de cette indemnité.

## Article 102 de la loi sur les hôpitaux

Entrée en vigueur théoriquement au 1<sup>er</sup> juillet 2015

L'article 102 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins est modifié afin de déterminer plus clairement ce qui est à charge du BMF ou à charge des patients.

Le nouvel article 102, 4° précise que les frais liés aux implants repris à l'article 34 alinéa 1<sup>er</sup>, 4bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 2013 (à savoir les implants, les dispositifs médicaux implantables actifs et non actifs et les dispositifs médicaux invasifs) ne sont pas repris dans le budget des moyens financiers de l'hôpital à l'exception :

- a) des implants soumis à l'obligation de notification et n'ayant pas fait l'objet de celle-ci;
- b) des implants dispensés par le Roi de l'obligation de notification et qui ne font pas l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire conformément aux modalités de remboursement fixées;
- c) des colles tissulaires, antiadhésifs et produits hémostatiques quand ceux-ci ne font pas l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire conformément aux modalités de remboursement fixées;
- d) des implants qui ne peuvent entrer en ligne de compte pour une intervention effective de l'assurance obligatoire en application de l'article 35septies/1, §2, alinéa 3, de la même loi à savoir les implants et dispositifs médicaux invasifs qui excèdent le prix plafond ou la base de remboursement augmentée de la marge de sécurité;
- e) des implants qui ont fait l'objet d'une décision négative du ministre suite à une évaluation négative de la Commission ou du CA.

5° les coûts liés à d'autres dispositifs médicaux que ceux visés au 4° lorsqu'ils font l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans les conditions de remboursements fixées;

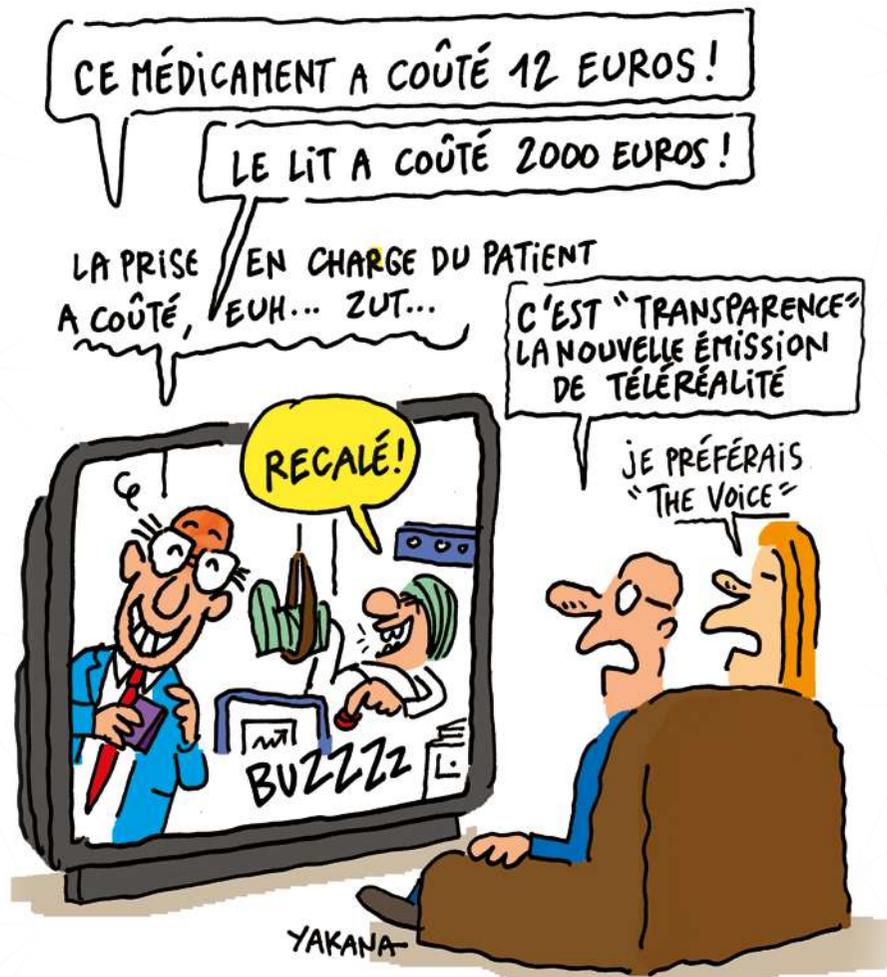
6° les coûts relatifs à d'autres dispositifs médicaux que ceux visés au 4° et au 5° tels que définis par le Roi.

6. d'interdire de facturer au bénéficiaire une prestation de la liste dont le remboursement par les organismes assureurs (OA) a été supprimé pour des raisons de sécurité pour le patient, et donc ramené à 0 euro.

Cette disposition est d'application pour le contrôle effectué par l'OA sur la facture des prestations dans un établissement de soins en hospitalisation classique ou de jour mais aussi sur les factures détaillées correspondant à des prestations ambulatoires qui ne font pas l'objet d'une facturation centrale par l'établissement hospitalier.

### 1.3.3. Honoraires médicaux en cas de séjour en chambre commune ou à 2 lits

La suppression des suppléments d'honoraires médicaux pour les médecins hospitaliers non conventionnés lors de l'hospitalisation en chambre à 2 lits ou en salle commune (loi du 27 décembre 2012 portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé) fut une des mesures emblématiques de la législature précédente et l'application partielle est effective à l'hôpital de jour (Arrêté royal du 10 avril 2014 et circulaire 2014-542) seulement depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2014. Bien que légalement parfaitement fondée et confirmée par un arrêt de la Cour constitutionnelle du 17 juillet 2014 qui a rejeté le recours en annulation de cette mesure,



elle reste largement contestée par une partie du corps médical. Elle s'avère parfois n'être qu'un leurre pour les patients qui subissent la pression de certains médecins non conventionnés pour les obliger à se faire soigner en chambre particulière ou, plus grave, sont confrontés à la pratique inadmissible «des dessous de table» qui se développent allègrement aux dépens de la transparence.

**1.3.4. La loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé (MB du 30 avril 2014) et modifiée par la loi programme du 19 décembre 2014 (MB du 29 décembre 2014).**

Les principales mesures liées à la transparence financière prises par ces deux lois et applicables à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2015 (au lieu du 1<sup>er</sup> janvier 2015 prévu dans le texte initial) peuvent être résumées comme suit :

1. les personnes physiques ou morales qui emploient des dispensateurs de soins, ou qui organisent des dispensations de soins ou la perception des sommes dues par l'assurance soins de santé sont assimilées aux dispensateurs de soins ;
2. les honoraires des prestataires couvrent tous les frais directement ou indirectement liés à l'exécution pour les prestataires des prestations visées à l'article 34 de la loi AMI (14 juillet 1994). L'exposé des motifs précise que cette disposition a pour objectif de rappeler formellement dans la loi, à l'instar de ce qui est prévu dans la loi relative aux hôpitaux, le principe selon lequel sont notamment compris dans les tarifs fixés par l'Assurance obligatoire pour les prestations de santé sauf exception prévue par la loi en vertu de la loi : les frais de déplacement, les frais afférents au personnel, les frais afférents à l'utilisation des locaux, les frais afférents à l'acquisition, au renouvellement, aux réparations importantes et à l'entretien de l'équipement requis, les frais liés au matériel et aux produits médicaux courants de consommation ainsi que les frais administratifs et les frais liés à la délivrance de documents prévus par et en vertu de la loi ;



3. l'attestation de soins ou de fourniture fournie par le prestataire devra obligatoirement reprendre le montant total payé par le patient. Que le dispensateur de soins effectue des prestations pour son propre compte ou pour le compte d'autrui, concernant les prestations remboursées, il est prévu que le montant versé par l'assuré au dispensateur de soins doit figurer dans tous les cas sur le reçu de l'attestation de soins ou de fournitures, ou de tous les documents assimilés. Dans le cadre du régime du tiers payant, les documents visés ci-dessus seront remplacés par une transmission électronique à l'organisme assureur;

4. le tiers payant devient obligatoire pour les prestations de santé délivrées par le médecin généraliste vis-à-vis des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et des bénéficiaires du statut d'application aux malades chroniques à l'exception des visites à domicile et des prestations techniques effectuées durant ces mêmes visites. Dans le cadre du tiers payant obligatoire, il est prévu que la remise du document justificatif des prestations doit se faire dans le cas où il y a cumul des prestations remboursables et non remboursables ou quand l'attestation de soins donnés est remplacée par la transmission

électronique de données vers l'OA. L'application obligatoire du tiers payant par les médecins généralistes sera évaluée après un an d'application afin de pouvoir décider s'il est opportun de l'étendre à d'autres catégories sociales. Rappelons à ce sujet la circulaire détaillée publiée par l'INAMI (circulaire n°2015/32 du 2 février 2015) qui a pour objet de faire connaître et expliciter aux OA et aux dispensateurs de soins concernés les modalités ainsi que les exceptions à l'interdiction de l'application du tiers payant arrêtés par le Comité de l'assurance. Cette mesure risque d'être vraisemblablement à nouveau reportée suite aux réactions d'opposition menées par les médecins généralistes;

5. toutes les données concernant le contenu des attestations justificatives vis-à-vis des OA, les documents concernés et les modalités de remise de ceux-ci au bénéficiaire sont précisées et rassemblées dans les différentes conventions et accords concernés. Elles sont impératives pour les parties signataires de la convention qui sera par ailleurs rendue obligatoire par le Roi;

6. la transparence des coûts est également instaurée pour les personnes qui, sans être dispensateurs de soins, effectuent des prestations qui donnent ou non lieu à

l'intervention de l'assurance obligatoire, lorsque celles-ci sont effectuées en accompagnement des prestations qui y donnent lieu et ce, même s'il n'y a pas de Commission de conventions ou d'accords habilitée à prendre des dispositions liant ces personnes.

## 2. Transparence financière et médecin hospitalier

### 2.1 Rapports juridiques entre l'hôpital et le médecin

Les rapports juridiques et financiers entre l'hôpital, son gestionnaire et le médecin sont très bien définis et précisés par la loi sur les hôpitaux coordonné le 10 juillet 2008.

Le contenu des chapitres de cette loi concernant le médecin hospitalier, le conseil médical, le médecin-chef de service, les honoraires et les frais qui doivent être pris en charge par ceux-ci devraient normalement aboutir à la transparence maximale.

De plus, afin de garantir la transparence des flux financiers au sein de l'établissement hospitalier une concertation régulière est organisée entre le gestionnaire et le conseil médical, sous la forme soit d'une commission financière spécifique, soit d'un comité permanent de concertation si celui-ci est constitué et assure les missions de

la commission financière (article 129bis de la loi coordonnée sur les hôpitaux).

Tous les éléments de cette transparence financière doivent être repris dans, et peuvent être même renforcés par, la réglementation générale qui est définie dans l'hôpital et qui régit les rapports juridiques et financiers entre l'hôpital et le médecin hospitalier.

En général, ce règlement général est élaboré par le médecin chef à l'initiative du gestionnaire. La convention individuelle entre l'hôpital et le médecin hospitalier fait normalement partie intégrante de ce règlement et l'ensemble des textes soumis à la signature du médecin hospitalier doit être approuvé par le conseil médical dans le cadre d'une procédure d'avis renforcé.

### 2.2 La Commission Nationale Paritaire Médecins et Hôpitaux

La Commission Nationale Paritaire Médecins-Hôpitaux créée par l'Arrêté royal du 24 octobre 1967 (MB du 27 octobre 1967) a comme mission de contrôler la légalité des documents relatifs à la transparence que les hôpitaux ont élaborés et la façon dont ils donnent suite à la loi sur les hôpitaux concernant la gestion des honoraires et le statut du médecin hospitalier.

On peut donc considérer raisonnablement que la Commission Paritaire est le garant de la transparence financière qui devrait résulter de la bonne application de la Loi. L'expérience nous démontre que malheureusement ce n'est pas le cas. On assiste en réalité à une démission complète de la Commission Paritaire par rapport à sa mission de contrôle de la bonne pratique et à son manque de volonté d'intervenir pour donner l'injonction de se mettre en ordre.

On peut citer par exemple l'absence de contrôle sur les informations obligatoires que les établissements hospitaliers doivent fournir sur le conventionnement des médecins, leur affiliation à une assurance en responsabilité civile professionnelle (Arrêté royal du 16 mai 2006 du BMF - article 50B) ou encore sur le fonctionnement de la commission financière.

Ce manque de proactivité fait tomber les mesures très positives de transparence dans l'oubli à tel point que des projets de loi sont déposés à la Commission de la santé de la Chambre qui ne font que répéter ce qui existe déjà.

### 3. Transparence financière et patient

Dans cette partie ne sera abordée que la transparence financière de l'hôpital et du prestataire vis-à-vis du patient. Les recommandations concernant la relation entre le patient et le prestataire qui font l'objet principal de la loi sur les droits des patients ne seront pas discutées.

La transparence financière vis-à-vis du patient reste un sujet très discuté et controversé surtout dans son efficacité malgré de très nombreuses dispositions législatives prises au fil des années.

Les associations de patients tel que la LUSS (Ligue des usagers des services de santé), les associations de consommateurs tel que Test-Achats ou encore les représentants des bénéficiaires à savoir les mutualités mettent en évidence très souvent les défauts de cette relation financière bénéficiaire-prestataire.

L'article 4 de la directive 2011/24UE du parlement européen et la recommandation du 9 mars 2011 du Conseil Européen sont relatifs à l'application des droits des patients en matière de soins transfrontaliers ; ils imposent aux états membres de veiller à ce que les prestataires de soins donnent une information préalable sur les soins, sur leur prix et sur leur statut de prestataire permettant un choix clair du patient ainsi qu'une



information post-prestation sur le coût des dites prestations notamment par une facture claire.

#### 3.1 Transparence financière et hospitalisation

Trois étapes sont recommandées afin d'améliorer le sentiment qu'a un patient d'être hospitalisé dans un établissement transparent concernant sa participation financière.

##### 3.1.1. L'étape d'information

Cette étape d'information pré-hospitalisation est très souvent considérée par le patient comme insuffisamment explicite. Elle doit compter en plus des informations nécessaires

à la compréhension du trajet de soins qui sera appliqué, tous les éléments que le patient doit absolument connaître pour être éclairé sur les coûts de son hospitalisation qui sont :

- le prix de la chambre particulière ainsi que les conditions de facturation liées à celle-ci ;
- les différences existant entre médecins conventionnés et non conventionnés ainsi que l'accessibilité à la liste de ceux-ci avec leur statut ;
- le montant des suppléments d'honoraires demandés par les médecins ainsi que leurs conditions d'application.

Afin de compléter cette information, il est prévu dans la loi portant les dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé du 7 février 2014 (MB du 26 février 2014), que l'hôpital doit disposer d'un site internet dont le but est de fournir une information générale qui contient au minimum toutes les informations concernant l'offre de soins, l'information qui doit être donnée en pré-admission et à l'admission du patient à l'hôpital.

De plus, ce site internet de l'hôpital doit pouvoir être lié électroniquement au site web de l'INAMI qui reprend toutes les informations qui sont prévues par la loi et qui concernent le médecin.

L'information générale du site doit en outre mentionner la personne ou le service au sein de l'hôpital auprès desquels un complément d'information et des explications personnelles peuvent être obtenues avant, pendant et même après l'hospitalisation. Cette information personnelle est très importante dans le cadre de la chirurgie programmée durant laquelle des dispositifs médicaux sont utilisés.

A l'heure actuelle la plupart des hôpitaux font, à l'occasion de la consultation préparatoire à l'intervention chirurgicale, une démarche volontaire concernant ces dispositifs implantés en précisant au patient, leur efficacité, leur durée de vie, leur prix et leurs conditions de remboursement.

### 3.1.2. L'hospitalisation

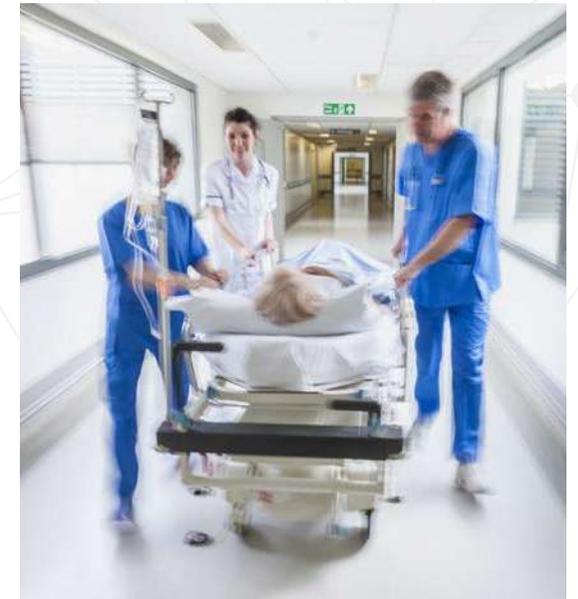
La loi oblige le patient à prendre connaissance et à signer une déclaration d'admission (Arrêté royal du 17 juin 2004, dernière modification de l'Arrêté royal du 28 mars 2014 – MB du 17 juin 2014) lorsqu'il est admis en hospitalisation. Cette déclaration reprend le choix de la chambre, les suppléments d'honoraires, les dispositions particulières pour l'hospitalisation des enfants, les acomptes perçus et les conditions de facturation. Ce document est obligatoirement accompagné d'un texte qui reprend in extenso toutes les explications concernant la déclaration d'admission.

Un acompte ne peut être réclamé que dans les limites fixées par les conventions et accords. Le cas échéant un reçu doit être délivré. Ces dispositions définies au sein des accords et conventions pourront être rendues obligatoires à l'ensemble des prestataires de soins (conventionnés ou non) par Arrêté royal simple ; l'avis (non contraignant) des commissions de conventions concernées doit obligatoirement être sollicité.

Il est conseillé à l'hôpital de consacrer du temps pour expliquer le contenu de la déclaration d'admission et les explications financières de celle-ci, de préférence avant l'hospitalisation et au plus tard au moment de l'admission. L'hôpital doit également mettre à la disposition du patient une liste de biens et de services avec leurs prix,

en faisant dans celle-ci une distinction entre les frais liés au confort de la chambre, les frais de nourriture et de boissons, les frais liés aux produits d'hygiène, les frais de lessive, les frais liés à l'accompagnement des patients et les frais liés à d'autres biens et services éventuels. Les suppléments de médecins conventionnés ou non doivent être bien précisés en pourcentage par rapport aux tarifs de la convention appliqués par le monde hospitalier.

Bien que le législateur ait prévu la procédure à respecter lorsque le patient entre par les urgences, ce qui est fréquent, et malgré l'amélioration



continue des informations qui y sont données, on constate la persistance de critiques des patients concernant l'information qu'ils reçoivent.

Il ressort de l'expérience développée par le médiateur hospitalier que les 3 éléments les plus souvent relevés sont que l'information est mal donnée, que le patient n'est pas toujours dans des conditions physiques ou psychiques qui lui permettent d'intégrer correctement l'information et que le représentant accompagnant le patient n'est pas le relais fiable qu'il devrait être.

Le stress lors de l'hospitalisation et toutes les questions qui restent parfois sans réponse concernant sa maladie sont plus importants pour le patient que la question des coûts de son hospitalisation.

Les études réalisées dans les pays européens voisins, notamment nordiques, montrent que ce problème ne peut être résolu que par une éducation aux soins de santé qui doit commencer dès l'école primaire. En Belgique, rien n'est fait à ce sujet !

### 3.1.3. La facture

La forme et le contenu de la facture tant à destination de l'O.A. qu'à destination du patient sont fixés par la loi et la convention entre les hôpitaux et les O.A.

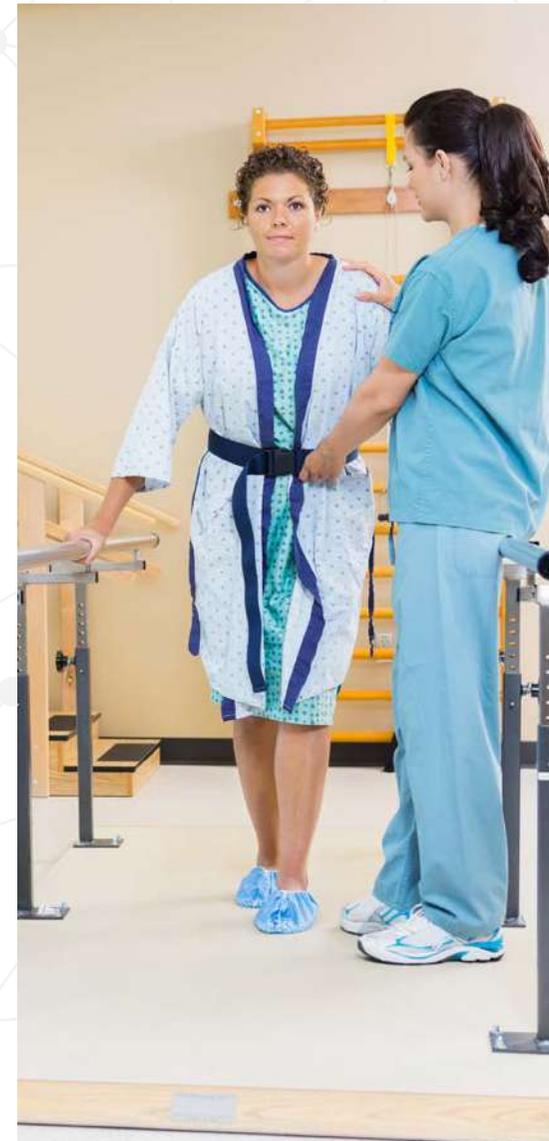
L'objectif est de produire une facture claire qui reprend, en les regroupant, tous les éléments qui correspondent à une prestation.

La facture doit comporter les frais de séjour, les frais liés à la pharmacie (médicaments, implants et dispositifs médicaux), les honoraires médicaux et paramédicaux avec les suppléments demandés, les autres fournitures et les frais divers.

Pour chaque groupe est défini ce qui est à charge de la mutualité, ce qui est à charge du patient qui doit être séparé entre intervention personnelle (ticket modérateur) et supplément ou autre montant. Les conventions prévoient une simplification de la facture pour le patient par rapport à la facture envoyée à l'O.A. par transmission électronique.

A notre avis, cette simplification n'est pas la solution car le patient reste suspicieux, parfois à juste titre. Notre expérience en médiation montre que souvent, en cas de contestation, le patient demande à pouvoir disposer de la facture détaillée qui est d'ailleurs indispensable pour pouvoir fournir des explications complémentaires.

Le nouveau modèle de facture patient qui impose des adaptations des modèles utilisés aussi bien par le gestionnaire que par le conseil médical qui a été proposé au Comité de l'Assurance de l'Inami du 04 mai 2015 semble répondre à cette préoccupation.



## 4. Patient ambulatoire

Les modifications législatives intervenues en 2014 concernant le patient ambulatoire ont été toutes reportées au 1<sup>er</sup> juillet 2015.

### 4.1. Tiers payant

Une définition précise du tiers payant est insérée dans l'article 2 de la loi AMI par l'article 136 de la loi-programme du 19 décembre 2014.

Par régime du tiers payant, on entend le mode de paiement par lequel le dispensateur de soins reçoit directement de l'O.A. auquel est affilié ou inscrit le bénéficiaire à qui des prestations de santé ont été dispensées, le paiement de l'intervention due dans le cadre de l'Assurance Obligatoire.

### 4.2. Tiers payant obligatoire

A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2015, le tiers payant devrait devenir obligatoire pour les prestations de médecine générale, à l'exception des visites à domicile et des actes techniques qui les accompagnent. Cependant avec le développement de la facturation électronique qui en découlera et l'envoi des attestations de soins à la mutualité, le médecin devra fournir un document justificatif à l'ensemble de ses patients. Le patient devrait donc recevoir, même en

ambulatoire, une vraie facture qui devrait reprendre un détail de chacune des prestations effectuées: l'intervention de l'assurance obligatoire, l'intervention personnelle et les suppléments perçus.

Les dispositions concernant cette facture complète à remettre au patient sont étendues à l'ensemble des prestataires de soins conventionnés et non conventionnés ainsi qu'aux fournisseurs de matériel.

Ces dispositions renforcent le rôle très important des mutualités dans le cadre de conseil juridique et de l'analyse des dépenses à charge des patients dès lors qu'elles auront en main toutes les informations nécessaires pour leur expliquer les différences entre ce qu'ils ont réellement payé et ce qui leur est remboursé par l'Assurance obligatoire.

### 4.3. Prestations de biologie clinique, de génétique et d'anatomopathologie

Trop souvent des mauvaises surprises apparaissent lorsque le patient reçoit la facture d'un laboratoire de biologie clinique et qu'il se rend compte que le médecin biologiste, anatomopathologiste ou généticien qui a prodigué l'analyse, a facturé des suppléments d'honoraires parce qu'il n'était pas conventionné. La disposition qui dépend de l'article 73, §1/1

de la loi AMI ajouté par la loi du 10 avril 2014 (MB du 30 avril 2014) permet de régler l'information à destination du patient concernant les honoraires demandés par des médecins tiers, travaillant en sous-traitance, pour des analyses biologiques venant d'un prélèvement sanguin. Le patient pourra être averti par son médecin traitant du statut de conventionnement du médecin sous-traitant et des conséquences financières éventuelles pouvant y être liées. C'est un élément essentiel de transparence financière pour un patient vis-à-vis d'un prestataire avec lequel il n'entretient pas de relation thérapeutique directe.

Rappelons à ce sujet que les patients peuvent à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2015 accéder sur le site web de l'INAMI via l'onglet citoyen et ce, en tant que source officielle, aux informations relatives au statut de conventionnement des prestataires de soins.

Le citoyen doit prendre l'habitude de vérifier si le médecin chez qui il a l'intention de se rendre en consultation applique les tarifs de la convention ou est susceptible de lui facturer des suppléments d'honoraires. Ceci s'ajoute à l'obligation pour le prestataire de soins d'afficher clairement dans son cabinet médical son statut vis-à-vis de la convention en cours.



128 | Liste des membres

136 | Liste des membres du conseil d'administration

138 | Liste des collaborateurs

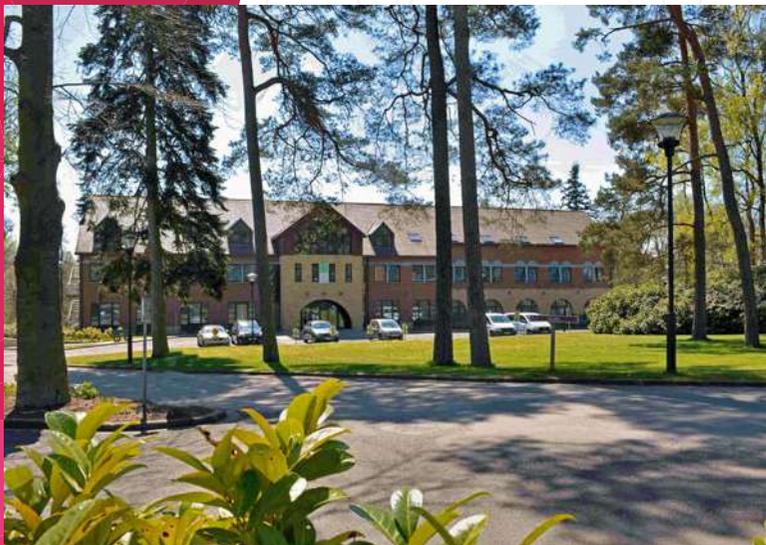
# Partie

# 3

## Informations Pratiques

# Liste des membres

Association «Le Domaine»



## Hôpitaux

- |    |  |                 |
|----|--|-----------------|
| 1  | A.I.O.M.S. Moresnet                        | Moresnet        |
| 2  | Association «Le Domaine»                   | Braine-l'Alleud |
| 3  | C.H. de Mouscron                           | Mouscron        |
| 4  | C.H. de Wallonie-Picardie                  | Tournai         |
| 5  | C.H. du Bois de l'Abbaye et de Hesbaye     | Seraing         |
| 6  | C.H. Peltzer - La Tourelle                 | Verviers        |
| 7  | C.H.R. de Huy                              | Huy             |
| 8  | C.H.R. de la Haute Senne                   | Soignies        |
| 9  | C.H.R. de La Citadelle                     | Liège           |
| 10 | C.H.R. du Val de Sambre                    | Sambreville     |
| 11 | C.H.R. Namur                               | Namur           |
| 12 | C.H.U. Brugmann                            | Bruxelles       |
| 13 | Hôpital Erasme                             | Bruxelles       |
| 14 | C.H.U.P.M.B. Ambroise Paré                 | Mons            |
| 15 | C.H.U.P.M.B. «Le Chêne aux Haies»          | Mons            |
| 16 | C.H.U. Saint-Pierre                        | Bruxelles       |
| 17 | C.H.U. Tivoli                              | La Louvière     |
| 18 | Centre de santé des Fagnes                 | Chimay          |
| 19 | Centre Hospitalier EpiCURA – Baudour/Hornu | Hornu           |



C.H.R. de la Haute Senne

<b>20</b>	Centre Hospitalier EpiCURA - Ath	Ath
<b>21</b>	Centre Neurologique et de Réadaptation	Fraiture-en-Condroz
<b>22</b>	Centre régional de Soins Psychiatriques «Les Marronniers»	Tournai
<b>23</b>	Clinique André Renard	Herstal
<b>24</b>	Clinique Reine Astrid	Malmedy
<b>25</b>	Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola	Bruxelles
<b>26</b>	Hôpitaux IRIS Sud	Bruxelles
<b>27</b>	I.S.o.S.L. - Centre Hospitalier Psychiatrique	Liège
<b>28</b>	I.S.o.S.L. - Centre Hospitalier spécialisé «L'Accueil»	Lierneux
<b>29</b>	I.S.o.S.L. - I.P.A.L.	Liège
<b>30</b>	I.S.P.P.C. – Hôpital André Vésale	Montigny-le-Tilleul
<b>31</b>	I.S.P.P.C. – Hôpital Civil Marie Curie	Lodelinsart
<b>32</b>	Institut Jules Bordet	Bruxelles
<b>33</b>	L'Equipe	Bruxelles
<b>34</b>	VIVALIA - Centre Hospitalier de l'Ardenne	Libramont
<b>35</b>	VIVALIA - Cliniques du Sud Luxembourg	Arlon
<b>36</b>	VIVALIA - IFAC	Marche
<b>37</b>	VIVALIA - Institut Neuro-psychiatrique «La Clairière»	Bertrix

Centre de santé des Fagnes



Institut Jules Bordet

Résidence Le Chalon



## MR/MRS

- |    |  |                           |
|----|--|---------------------------|
| 1  | Domaine des Blés Dorés (ISOSL)                   | Awans                     |
| 2  | Domaine des Riezes et Sarts (ASBL - UNMS)        | Couvin                    |
| 3  | Home de Seny (ASBL)                              | Tinlot                    |
| 4  | Institut Pachéco (CPAS)                          | Bruxelles                 |
| 5  | Quiétude (ISPPC)                                 | Montigny-le-Tilleul       |
| 6  | La Maison de Mariemont (ASBL)                    | Morlanwelz                |
| 7  | Le Bel Abri (ISPPC)                              | Farciennes                |
| 8  | Le Mont Falise (CHRH)                            | Huy                       |
| 9  | L'Heureux Séjour (ISPPC)                         | Courcelles                |
| 10 | Les Heures Claires (CAHC)                        | Spa                       |
| 11 | Les Heures Paisibles (INTERSENIORS)              | Waremme                   |
| 12 | Les Jours Paisibles (EpicURA)                    | Baudour                   |
| 13 | Les Tournesols / Murlais (ISOSL)                 | Liège                     |
| 14 | Résidence Amandine (CHRH)                        | Wanze                     |
| 15 | Résidence Chantraine (INTERSENIORS)              | Saint-Nicolas             |
| 16 | Résidence Comtesse Madeleine d'Oultremont (ASBL) | Mons (Ghlin)              |
| 17 | Résidence Dejafve (CHRVS)                        | Fosses-la-Ville           |
| 18 | Résidence Do Grand Fa (CPAS)                     | Malmedy                   |
| 19 | Résidence Domaine du Château (INTERSENIORS)      | Flémalle                  |
| 20 | Résidence du Chemin de Loncin (ISOSL)            | Ans                       |
| 21 | Résidence du Heysel (CPAS)                       | Bruxelles                 |
| 22 | Résidence Eglantine (INTERSENIORS)               | Seraing                   |
| 23 | Résidence Ferdinand Nicolay (CPAS)               | Stavelot                  |
| 24 | Résidence Isabelle (CHRH)                        | Amay                      |
| 25 | Résidence Laetare (CPAS)                         | La Louvière               |
| 26 | Résidence La Kan (AIOMS)                         | Aubel                     |
| 27 | Résidence Lambert Wathieu (INTERSENIORS)         | Seraing (Jemeppe-S/Meuse) |
| 28 | Résidence Le Centenaire (INTERSENIORS)           | Seraing (Ougrée)          |
| 29 | Résidence Le Chalon (C.H. des Hautes Fagnes)     | Chimay                    |

- |    |  |                     |
|----|--|---------------------|
| 30 | Résidence Le Doux Séjour (ISOSL)                 | Herstal             |
| 31 | Résidence Leonardo Da Vinci (ISOSL)              | Welkenraedt         |
| 32 | Résidence Léon d'Andrimont (CAHC)                | Limbourg            |
| 33 | Résidence Le Temps des Cerises (CHRVS)           | Mettet              |
| 34 | Résidence Le Tilleul d'Edouard (ISOSL)           | Liège               |
| 35 | Résidence Les Aubépines (CPAS)                   | La Louvière         |
| 36 | Résidence Les Avelines (CHRH)                    | Wanze               |
| 37 | Résidence Les Eglantines (CPAS)                  | Bruxelles           |
| 38 | Résidence Les Genêts (INTERSENIORS)              | Seraing (Ougrée)    |
| 39 | Résidence Les Jardins d'Elisabeth (CPAS)         | Waimes              |
| 40 | Résidence Les Orchidées (ISOSL)                  | Liège               |
| 41 | Résidence Les Prés Brion (CHRH)                  | Huy                 |
| 42 | Résidence Les Saules (ISOSL)                     | Bassenge            |
| 43 | Résidence Les Trois Rois (ISOSL)                 | Visé                |
| 44 | Résidence Les Ursulines (CPAS)                   | Bruxelles           |
| 45 | Résidence Louis Demeuse (ISOSL)                  | Herstal             |
| 46 | Résidence Philippe Wathelet (CHPLT)              | Stoumont            |
| 47 | Résidence Régina (AIOMS)                         | Plombières          |
| 48 | Résidence Sainte-Gertrude (CPAS)                 | Bruxelles           |
| 49 | Résidence Springuel-Hellin (CPAS)                | Saint-Nicolas       |
| 50 | Résidence Val des Séniors (VIVALIA)              | Wellin (Chanly)     |
| 51 | Saint-Antoine (VIVALIA)                          | Virton (Saint-Mard) |
| 52 | Sainte-Elisabeth (CPAS)                          | Herve               |
| 53 | Sainte Famille (CPAS)                            | Thimister-Clermont  |
| 54 | Saint-Gengoux (VIVALIA)                          | Vielsalm            |
| 55 | Saint-Joseph (AIOMS)                             | Plombières          |
| 56 | Seniorenheim St. Elisabeth (INTERSENIORS)        | Saint-Vith          |
| 57 | Seniorenheim Alten Und Pflegeheim (INTERSENIORS) | Bütgenbach          |
| 58 | Seniorie de Sainte-Ode (VIVALIA)                 | Sainte-Ode          |



Résidence Les Eglantines

La Maison de Mariemont (ASBL)



## CAJ- CSJ

- |    |  |             |
|----|--|-------------|
| 1  | Espace Marguerite Yourcenar (INTERSENIORS) | Flémalle    |
| 2  | La Cigale (INTERSENIORS)                   | Waremme     |
| 3  | La Maison de Mariemont (ASBL)              | Morlanwelz  |
| 4  | Les Heures Claires (CAHC)                  | Spa         |
| 5  | Les Murlais (ISOSL)                        | Liège       |
| 6  | Résidence Amandine (CHRH)                  | Wanze       |
| 7  | Résidence du Chemin de Loncin (ISOSL)      | Ans         |
| 8  | Résidence Laetare (CPAS)                   | La Louvière |
| 9  | Résidence La Kan (AIOMS)                   | Aubel       |
| 10 | Résidence Le Doux Séjour (ISOSL)           | Herstal     |
| 11 | Résidence Les Aubépines (CPAS)             | La Louvière |
| 12 | Résidence Les Trois Rois (ISOSL)           | Visé        |
| 13 | Résidence Régina (AIOMS)                   | Plombières  |

## Résidences-services

- |   |                                       |               |
|---|---------------------------------------|---------------|
| 1 | La Cité (ISOSL)                       | Herstal       |
| 2 | La Maison de Mariemont (ASBL)         | Morlanwelz    |
| 3 | L'Azalée (CPAS)                       | Saint-Nicolas |
| 4 | Les Alouettes (ISOSL)                 | Visé          |
| 5 | Les Heures Claires (CAHC)             | Spa           |
| 6 | Résidence du Chemin de Loncin (ISOSL) | Ans           |
| 7 | Résidence Les Prés Brion (CHRH)       | Huy           |

## Appartement pour vieux ménages

- |   |                                |       |
|---|--------------------------------|-------|
| 1 | Résidence des Hauteurs (ISOSL) | Liège |
|---|--------------------------------|-------|

## Conventions de revalidation

- |    |                            |           |
|----|----------------------------|-----------|
| 1  | ASBL ALISES                | Carnières |
| 2  | ASBL Diapason - Transition | Charleroi |
| 3  | ASBL LAMA                  | Bruxelles |
| 4  | Clairs Vallons             | Ottignies |
| 5  | ENADEN                     | Bruxelles |
| 6  | La Traversière             | Nivelles  |
| 7  | Les Hautes Fagnes          | Malmedy   |
| 8  | M.A.S.S. de BRUXELLES      | Bruxelles |
| 9  | START                      | Liège     |
| 10 | WOPS                       | Bruxelles |

## Mutualités

- |   |   |               |
|---|---|---------------|
| 1 | Mutualité socialiste Solidaris du Brabant Wallon                | Tubize        |
| 2 | Mutualité socialiste Solidaris du Luxembourg                    | Saint-Hubert  |
| 3 | Mutualité socialiste Solidaris de Liège                         | Liège         |
| 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     |

Clairs Vallons



Clairs Vallons

### Soins à domicile

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

### Polyclinique

- 1 | Le Centre de Santé La Louvière

### Laboratoires de biologie clinique et d'anotomo-pathologie

- 1 | CARAD Huy
- 2 | IBC Bruxelles
- 3 | IPG Gosselies

### Médecine du travail

- 1 | ARISTA Bruxelles

### Petite enfance

- 1 | F.I.L.E. Bruxelles

### 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 ASBL ALISES  
La Louvière
- 2 Le Domaine  
Braine-L'Alleud
- 3 Le Relais  
Tournai
- 4 Les Habitations Protégées Liégeoises  
Liège

## Maisons de Soins Psychiatriques

- 1 CHUPMB - Mozart  
Mons
- 2 I.S.o.S.L. - Le Hameau  
Lierneux
- 3 Les Marronniers - La Traversée  
Tournai



CHUPMB - Mozart

# Liste des membres du Conseil d'administration de santhea

## Bureau

*Présidente:* C.H.R. La Citadelle représenté par **Lambert Marie-Claire**

*Vices-Présidents:* Hôpital Erasme représenté par **Praet Jean-Claude**

C.H.U.P.M.B. Ambroise Paré représenté par **Bouchez Chantal**

*Secrétaire:* C.H.P.L.T. représenté par **Toussaint Jean-Louis**

*Trésorier:* C.H.U. Tivoli représenté par **Dormont Jean-Claude**



## Membres

ALISES ASBL, représentée par **Luisetto Stefan**

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

C.H. du Bois de l'Abbaye et de Hesbaye, représenté par **De Simone Stéphanie**

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

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

C.H.R. du Val de Sambre, représenté par **Bruart Charles**

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

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

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

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

VIVALIA, représenté par **Bernard Yves**

**Thielens Dirk**

**Wéry Etienne**

## Assiste avec voix consultative

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

**Dominique Van de Sype**



# Liste des Collaborateurs



L'équipe de santhea est constituée de 17 collaborateurs apportant une expertise dans divers domaines :



**Yves SMEETS**  
Directeur Général



**Michel MAHAUX**  
Directeur Général-Adjoint



**Sandra BERBION**  
Responsable secrétariat  
et Communication



**Nicolas BÖTTCHER**  
Attaché



**Dr Jean BURY**  
Conseiller médical  
Cellule médiation



**Jean-François COLET**  
Coordinateur IT



**Martine DUFRASNE**  
Secrétaire



**Amélie GOOSSENS**  
Conseiller économique



**Hélène GOOSSENS**  
Conseiller juridique



**Denis HERBAUX**  
Directeur du département  
Etudes et Qualité



**Colette JACOB**  
Conseiller soins infirmiers  
et médiation



**Cécile KESTENS**  
Conseiller économique  
gestion et développement  
datawarehouse



**Pierre-Yves LAMBOTTE**  
Conseiller MR-MRS-Revalidation



**Corentin LETERME**  
Assistant  
datawarehouse



**Marina LIETAR**  
Conseiller économique



**Jean LOISEAU**  
Conseiller MR-MRS



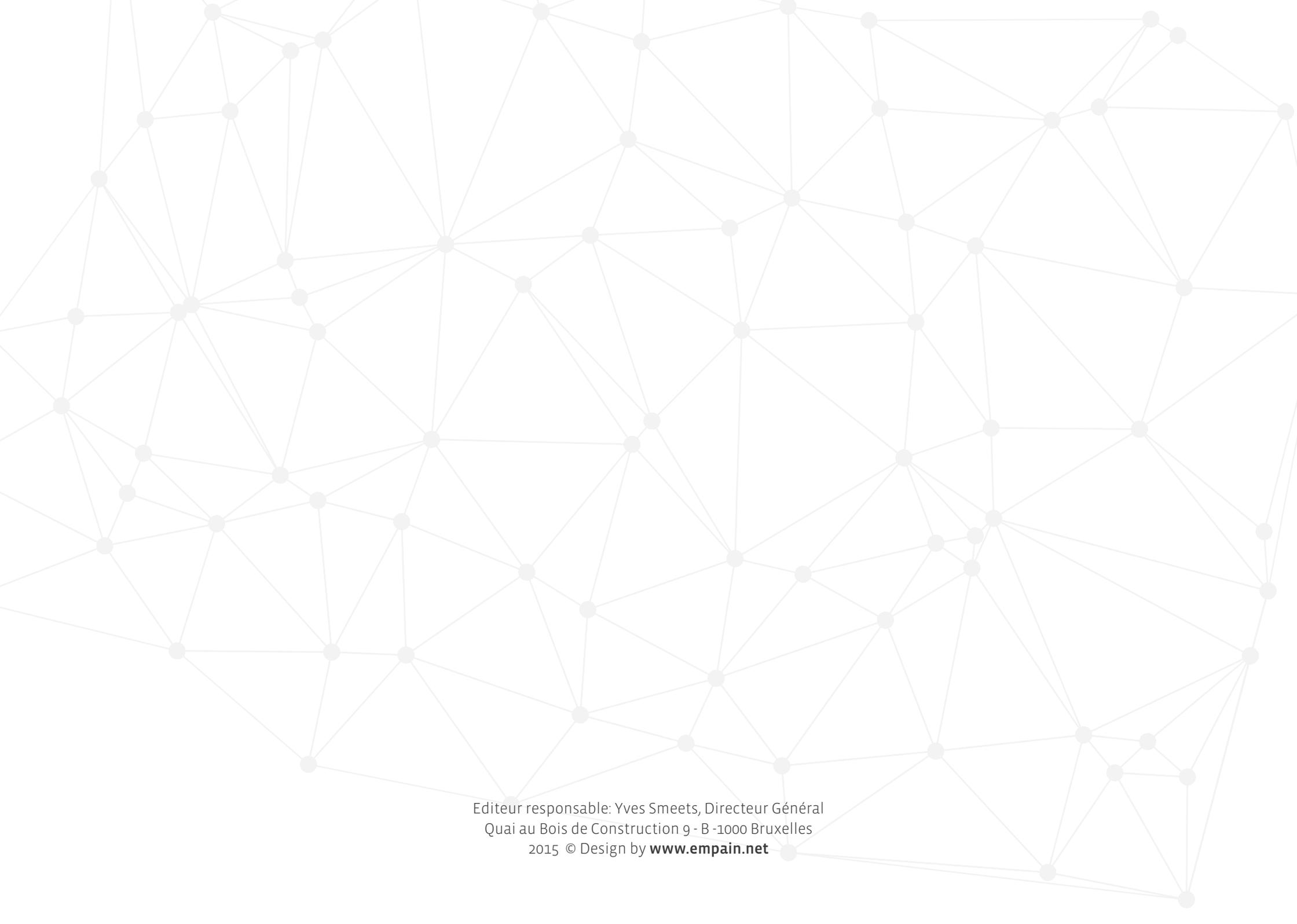
**Valérie VICTOOR**  
Conseiller général





Notes





Editeur responsable: Yves Smeets, Directeur Général  
Quai au Bois de Construction 9 - B -1000 Bruxelles  
2015 © Design by [www.empain.net](http://www.empain.net)





# santhea

**SIÈGE DE BRUXELLES  
& SIÈGE SOCIAL**

Quai au Bois de Construction 9  
B-1000 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

RPM Bruxelles 0807 643 081  
IBAN: BE87 8791 5011 0194  
BIC: BNAGBEBB