

## Appel à proposer des *thèmes* de projets pilotes

### Contexte :

Le Plan d'approche pour la réforme du financement des hôpitaux prévoit une mise en œuvre prudente et pragmatique de nouveaux modèles d'organisation et de financement pour les soins hospitaliers. L'objectif consiste à tester, en étroite concertation avec le secteur et les entités fédérées, de nouvelles modalités à petite échelle dans un premier temps et de ne les mettre en œuvre à plus grande échelle qu'après une évaluation favorable. Cette approche permettra de gérer et d'adapter plus facilement les effets secondaires défavorables et inattendus et d'éviter le chaos. Simultanément, une marge sera donnée à différents acteurs des soins de santé pour lancer des initiatives créatives et innovantes. Le terrain possède une grande expertise et une vaste expérience pour déterminer quelles formes de collaboration, quels autres modèles d'organisation... peuvent bien fonctionner dans la pratique et lesquels offrent peu de perspectives. Les autorités veulent tirer les enseignements de ces expériences avant de mettre en œuvre des réformes substantielles à plus grande échelle.

Nous demandons au secteur / aux stakeholders des **suggestions de thèmes**, tel que le prévoit le Plan d'approche. Nous sondons le terrain sur des **thèmes** possibles pour des projets pilotes (il ne s'agit pas encore de propositions de projet concrètes), accompagnés d'une brève motivation expliquant pourquoi ces thèmes conviendraient comme projets pilotes. Sur la base des suggestions avancées, une liste finale et limitée de thèmes de projets pilotes concernant le contenu des soins sera dressée. Pour chaque thème, des **propositions de projet concrètes** pourront être introduites et approuvées au cours de la phase suivante. Pour pouvoir bien cadrer l'appel à thèmes, les objectifs, caractéristiques et méthodes visées pour les projets pilotes sont décrits brièvement ci-dessous.

Les suggestions de thèmes, accompagnées d'une brève justification, peuvent être envoyées à l'adresse électronique [hospfin-pilot@minsoc.fed.be](mailto:hospfin-pilot@minsoc.fed.be) jusqu'au **6 septembre 2015**.

Vous pouvez dès à présent trouver plus d'informations sur la réforme stratégique du financement des hôpitaux sur les sites de la cellule stratégique de la [ministre De Block](#) et du [SPF Santé publique](#). A une date ultérieure, cette info sera aussi disponible sur le site de l'[INAMI](#).

### Objectifs des projets pilotes :

Les projets pilotes servent de laboratoire pour mettre à l'épreuve la faisabilité pratique d'un certain nombre de mécanismes de la politique potentiellement utiles dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux. Le Plan d'approche indique clairement que la réforme du financement des hôpitaux a principalement pour objectif :

- d'affecter avec plus d'efficacité les budgets disponibles pour les soins hospitaliers (de manière à pouvoir résorber le sous-financement du budget des moyens financiers et faire face dans le futur aux besoins de soins croissants dans le contexte d'une croissance budgétaire probablement inférieure à celle du passé)

- sans entamer la qualité des soins et la satisfaction du patient et, au contraire, lorsque c'est possible, en améliorant encore tant la qualité des soins que la satisfaction.

Une affectation plus efficiente des moyens pourra se concrétiser au travers de modèles d'organisation et de financement adaptés, non seulement pour les soins à l'intérieur des murs de l'hôpital, mais aussi pour les soins pré- et posthospitaliers. L'objectif est que les parties intéressées élaborent des propositions de modèles d'organisation et de financement adaptés, afin de pouvoir en tester la faisabilité pratique, avant que les autorités ne les implémentent à plus grande échelle.

Une préoccupation pourrait exister au sein du secteur : les hôpitaux qui ont déjà fourni des efforts pour écourter leur durée d'hospitalisation (c.-à-d. les hôpitaux qui fonctionnent déjà de manière efficiente) peuvent réaliser peu de gains d'efficience au moyen des projets pilotes. Ce sont principalement les hôpitaux qui n'ont pas fait d'efforts jusqu'à présent pour augmenter leur efficience qui pourraient réaliser des bénéfices aujourd'hui. Il est évident que la position de départ n'est pas identique pour tous les hôpitaux au moment où les incitants à améliorer l'efficience sont introduits. Les hôpitaux qui avaient déjà pris précédemment l'initiative d'améliorer leur efficience en ont déjà récolté les fruits par le passé (et ont pu affecter les moyens ainsi libérés à d'autres fins). S'il est vrai que ces hôpitaux ont moins de profit à tirer à court terme d'une participation à des projets pilotes, ils sont néanmoins mieux armés pour l'avenir. Ils ont déjà pris de l'avance et ils pourront plus facilement adopter les nouvelles modalités d'organisation et de financement dès que les résultats des projets pilotes seront mis en œuvre à plus grande échelle. Les projets pilotes offrent aux participants un environnement « sécurisant » (car le budget par patient est garanti) où ils peuvent « expérimenter » avec de nouvelles modalités d'organisation. Il est ainsi possible d'assister aux premiers balbutiements de l'innovation qui pourra être mise en œuvre ultérieurement dans l'ensemble du secteur.

### Caractéristiques des projets pilotes de réforme du financement des hôpitaux :

Les projets pilotes doivent s'inspirer de plusieurs des caractéristiques suivantes, qui se chevauchent parfois, des nouveaux modèles d'organisation et de financement (un projet pilote ne doit toutefois pas rassembler toutes les caractéristiques) :

1. Le **patient** est un partenaire actif du processus de décision concernant le suivi de son trajet de traitement.
2. Les projets pilotes portent sur des **soins hospitaliers** pour les maladies **aigües**. Les maladies aigües sont décrites comme des maladies dont le traitement, en règle générale, est clôturé dans les 6 mois. La préférence est accordée aux maladies aigües avec une part importante de soins au sein de l'hôpital lorsqu'on peut s'attendre à ce qu'il (ou pour lesquels des données scientifiques probantes montrent que) il serait possible d'éviter une part significative des coûts hospitaliers, moyennant une offre adaptée et suffisante de formes ambulatoires de soins ou lorsqu'une affectation plus efficiente des moyens est réalisable au moyen d'accords structurels sur la répartition des tâches entre hôpitaux. Il est également demandé d'accorder une attention suffisante aux éléments suivants :
  - o mécanismes pour prévenir une aggravation des plaintes / pour déceler les plaintes dans les délais (en économisant donc des frais de soins futurs)

- mécanismes pour éviter les (ré)hospitalisations (c.-à-d. éviter les frais hospitaliers)
- monitoring des interactions avec comorbidités.

Par ailleurs, une **composante de soins en dehors des murs de l'hôpital** peut aussi être présente.

3. Les projets pilotes comprennent des **formes de soins « transmuraux »** innovantes. La collaboration « transmurale » a un double sens en l'occurrence :
  - a. au-delà des murs de l'hôpital (= collaboration entre hôpitaux), en s'accordant sur la répartition des tâches concernant le patient et l'adressage mutuel des patients (c.-à-d. que le patient est essentiel, il ne s'agit pas simplement d'une collaboration entre services de soutien).
  - b. entre différents types d'établissements et de prestataires de soins (p.ex. hôpitaux – soins infirmiers à domicile – médecins généralistes – médecins de différentes disciplines – kinésithérapie), avec une répartition des tâches documentée. Dans ce contexte, les formes existantes de collaboration sont également exploitées, p.ex. au travers des cercles de médecins généralistes.

L'accent est mis explicitement sur une collaboration constructive entre les partenaires concernés, dans le respect mutuel de l'input et de l'expertise spécifique de chaque prestataire de soins, le tout organisé dans l'objectif principal d'encre mieux servir l'intérêt et les souhaits du patient.

Il est attendu du secteur qu'il propose des modèles d'organisation et de financement créatifs et innovants (entre les formes de soins existantes), mais aussi qu'il développe des formes de soins alternatives (qui ne sont pas encore disponibles dans le contexte belge).

→ les partenaires du projet pilote sont donc au moins un hôpital et, par ailleurs, au moins un autre hôpital ou un autre établissement de soins / groupe de prestataires de soins. Les organisations privées, commerciales (assureurs hospitalisation, fabricants de matériel...) peuvent également intervenir en tant que partenaires de projet.

Des propositions sont également attendues sur la manière dont cette collaboration systématique entre hôpitaux ou services hospitaliers ou entre hôpitaux et d'autres établissements hospitaliers peut être soutenue par la **constitution de réseaux**.

4. Le **groupe cible** du projet est décrit en termes de **population de patients** facile à délimiter. Le groupe cible devra comprendre une population de patients suffisamment vaste et/ou qui nécessite une grande affectation de moyens par patient, de manière à pouvoir réaliser des optimisations substantielles lors de la mise en œuvre du projet pilote à plus grande échelle. Il doit s'agir de symptômes pour lesquels des **trajets de soins transmuraux standardisés** sont déjà d'application, ont été élaborés ou sont en cours d'élaboration.
5. L'objectif du projet pilote est d'utiliser de manière plus efficiente l'offre d'**infrastructure onéreuse** (p.ex. équipement diagnostique, appareillage de traitement ) et/ou de réduire l'utilisation (ou la surutilisation) de l'infrastructure coûteuse.

6. **L'utilisation de l'infrastructure hospitalière** aigüe coûteuse est réduite, en écourtant la durée d'hospitalisation, en recourant davantage à l'hospitalisation de jour (grâce à un plus haut degré de substitution ou par une extension des types d'intervention éligibles pour l'hospitalisation de jour), en évitant des admissions hospitalières et/ou en déplaçant le patient vers une infrastructure de soins « moins intensive » (moins aigüe).
7. Une **réduction de l'utilisation** des urgences, des médications superflues, de la (sur)utilisation du diagnostic médical (laboratoire, imagerie...) est également visée.
8. L'offre de soins *evidence-based* est pilotée par une **équipe multidisciplinaire** de prestataires de soins, avec des tâches et des responsabilités attribuées clairement. Les soins aux patients fondés sur des données probantes sont structurellement et systématiquement **coordonnés**.
9. Si la nouvelle répartition des tâches donne lieu à des changements dans les tâches de soins que les différents prestataires effectuent – en respectant toutefois les limites de l'AR n° 78 (p.ex. quelles tâches sont prises en charge par les infirmières à domicile ou les infirmières hospitalières, par les médecins généralistes ou spécialistes ...), une attention et un temps suffisants sont consacrés à la **formation** et au partage de l'expertise.
10. Pour la coordination des soins, il y a lieu d'utiliser un **dossier de patients électronique intégré** / un échange de données électroniques qui (à terme) est utilisé par tous les prestataires de soins (et pas uniquement par les hôpitaux) et auquel le patient a accès. L'utilisation d'applications e-health et m-health différentes du dossier de patients électronique est encouragée.
11. Les **résultats** des soins font l'objet d'un **monitoring** et d'un suivi au niveau du patient :
  - a. Il est indiqué qui assure le suivi des soins au niveau du patient (une sorte de coordinateur des soins est prévu et, le cas échéant, quel prestataire assume cette fonction ?)  
Cette coordination relative au contenu des soins peut être confiée à un autre partenaire que la coordination administrative et organisationnelle. En l'occurrence, la coordination administrative et organisationnelle vise le soutien de la coordination des soins.
  - b. Une attention particulière est accordée aux paramètres de performance concrets (en ce qui concerne l'outcome ou les processus de soins) qui pourront servir à l'avenir dans le cadre de soins guidés par les valeurs et des initiatives « pay for performance ».
  - c. Le patient sait clairement à tout moment à quel prestataire de soins il peut s'adresser, mais aussi à qui il peut adresser ses plaintes éventuelles. Pour les prestataires de soins, il est clairement défini qui est responsable du patient dans quelle phase.
12. Les ressources sont principalement affectées aux soins du patient et **aucune couche de management supplémentaire**/ aucun niveau administratif supplémentaire n'est créé.

13. Si les instigateurs estiment que des **gains d'efficience** sont réalisables au travers d'un modèle d'organisation alternatif (*shared savings*), la proposition de projet contient également des propositions concrètes sur la manière dont ils seront appliqués (p.ex. plus de patients pour un budget identique, plus d'effectifs, innovation dans les soins, qualité plus élevée...). Les moyens libérés doivent toujours être réaffectés dans les soins (**réinvestissement dans les soins**). Les gains d'efficience attendus sont décrits sur la base des objectifs quantitatifs à réaliser.
14. Les aspects des **réglementations connexes** qui peuvent éventuellement entraver le développement de modalités d'organisation et de financement créatives, innovantes, doivent être signalés. Les propositions en vue de supprimer ce genre d'« obstacles » sont souhaitables.

D'une part, il est évident que les projets pilotes qui correspondent à plusieurs des caractéristiques reprises ci-dessus, toutes autres circonstances restant égales par ailleurs, auront plus de chances d'aboutir que les projets qui n'ont qu'un nombre limité de ces caractéristiques.

D'autre part, il ne peut pas être garanti que tous les projets seront approuvés en vue d'être mis en œuvre. En effet, les moyens humains et financiers pour un soutien et un suivi poussés sont limités.

Une sélection complémentaire sera effectuée, pour qu'un échantillon suffisamment représentatif de projets pilotes puissent être mis en œuvre (en fonction des thèmes de soins, des formes de soins transmurales, de la répartition géographique...).

## **Méthode des projets pilotes :**

La méthode concrète d'introduction et d'évaluation des propositions de projet et de suivi des propositions de projet approuvées sera expliquée en détail lors du prochain appel à introduire des propositions de projet. Les principaux principes de travail sont décrits brièvement ci-dessous à titre provisoire.

### **a) Introduction des propositions de projet pour les thèmes retenus**

Dès que la liste finale des thèmes aura été dressée, le secteur pourra introduire des propositions de projet concrètes pour ces thèmes retenus.

Il sera demandé aux partenaires de projet de fournir une proposition qui décrit précisément:

- quelle est la population de patients visée,
- quels aspects des soins sont repris dans le projet,
- comment et pourquoi (objectifs) les partenaires souhaitent changer l'organisation de ces soins pendant la durée du projet.

Le financement actuel des soins qui sont donnés à la population de patients visée par les partenaires associés aux projets pilotes est **mis en commun** : il est décrit ce que comprend précisément le financement actuel et comment il a été calculé (p.ex. sur la base de l'activité réelle

de l'année t-2). Cette mise en commun des flux financiers existants, au niveau du projet, vise à réaliser une collaboration plus étroite et une meilleure coordination transmurale des soins.

Le projet est **budgetairement neutre**. En d'autres termes, les autorités ne prévoient pas de budget supplémentaire, ni pour les soins donnés au sein de l'hôpital, ni pour les soins donnés par d'autres partenaires. Un budget supplémentaire limité est toutefois prévu pour coordonner les projets approuvés pendant la durée de ces projets.

Il y a néanmoins une **garantie de budget**, dans le sens où le budget par patient pour les activités de soins qui sont reprises dans le projet est maintenu pendant la durée du projet pilote (à savoir une période de maximum 3 ans).

Le volume du budget garanti par patient dépend effectivement de la nature et de l'ampleur des soins donnés qui sont couverts par le projet pilote (p.ex. les prestations médicales sont-elles complètement reprises, partiellement ou pas du tout ?).

Toute proposition de projet pilote introduite comprend une identification du budget moyen (dépenses à charge de l'assurance obligatoire soins de santé, tickets modérateurs, contributions personnelles et suppléments) pour les patients concernés, sur la base des chiffres des années précédentes. Ces chiffres seront vérifiés au moyen des chiffres moyens nationaux. Après vérification entre les deux sources, un budget garanti transparent sera fixé par patient pour les propositions de projet approuvées.

Néanmoins, l'objectif est que le budget durant le projet pilote soit **affecté autrement** que par le passé et que ce budget permette de réaliser d'autres formes de soins plus efficaces / des soins de meilleure qualité. La proposition de projet devra détailler concrètement ces propositions d'affectation alternative des moyens.

## **b) Procédure de sélection / d'approbation des propositions de projet introduites**

Les propositions de projet introduites seront évaluées par une commission d'évaluation composée de deux groupes d'experts : (a) un groupe d'experts qui évalue chaque projet en fonction de sa faisabilité organisationnelle et financière, compte tenu de la réglementation fédérale et, le cas échéant, régionale et (b) un groupe d'experts qui évalue les projets quant à la faisabilité du contenu des soins.

## **c) Convention de réseau et contrat B4 (dans le cadre de l'article 107) pour les propositions de projet approuvées**

Les projets pilotes approuvés feront l'objet d'un suivi au moyen de la technique définie à l'**art. 107** de la loi coordonnée sur les hôpitaux. Cette technique est déjà appliquée à l'heure actuelle dans les soins de santé mentale. A cet effet, une seule « **convention de réseau** » sera conclue par projet avec tous les partenaires de projet participants. L'un des hôpitaux participant au projet intervient en tant que partenaire de projet et les flux financiers liés à la garantie de budget seront réglés via la sous-partie **B4** du BMF d'un hôpital participant. Les principaux principes qui interviennent dans ce cadre sont les suivants :

- identification du groupe de patients

- fermeture (« gel ») d'un certain nombre de lits aigus (c'est-à-dire moins de lits nécessaires grâce à une réduction de la durée d'hospitalisation ou en évitant des admissions hospitalières)
- identification des moyens « épargnés », surtout dans la sous-partie B2 (et B1), qui sont intégrés dans la sous-partie B4 en vue d'une réaffectation
- Les honoraires des médecins hospitaliers peuvent également être repris dans le projet pilote, mais c'est un choix que les partenaires de projet peuvent faire.
- Les moyens qui ont été consacrés en dehors des soins hospitaliers (généralistes, soins infirmiers à domicile, accoucheuses, kinésithérapeutes...) peuvent également être repris dans le projet pilote.

En anticipant les propositions de projet concrètes, qui peuvent éventuellement comprendre des formes de soins financées par les entités fédérées, les accords nécessaires à cet effet seront conclus avec les entités fédérées qui souhaitent collaborer.

Pendant la durée du projet, les règles de facturation régulières restent d'application pour la population de patients concernée afin de pouvoir lancer rapidement les projets pilotes. La compensation de la différence entre « ce qui a été effectivement versé par le biais de la facturation régulière » et le budget auquel les partenaires de projet ont droit (cf. garantie de budget par patient) a lieu annuellement au moyen d'un contrat B4 avec un hôpital général partenaire du projet. Ce budget doit ensuite être réparti au sein du réseau. Il est attendu des partenaires de projet qui participent qu'ils souscrivent à la technique de financement décrite ci-dessus.

#### **d) Suivi et évaluation des propositions de projet approuvées**

Une **durée** de 2 ans est accordée aux projets approuvés, avec un **suivi** intermédiaire après une année de fonctionnement et une **évaluation** définitive après 2 ans de fonctionnement (prolongeable d'une troisième année de fonctionnement). Le suivi et l'évaluation se font en partie au moyen des critères qui sont proposés par les partenaires de projet eux-mêmes (en fonction des objectifs des modalités d'organisation modifiées) et en partie au moyen de critères qui sont définis par les autorités, et ce, par thème sélectionné.

L'objectif est que le changement d'organisation proposé (des projets qui font l'objet d'une évaluation favorable après la phase pilote) soit ensuite mis en œuvre à plus grande échelle.