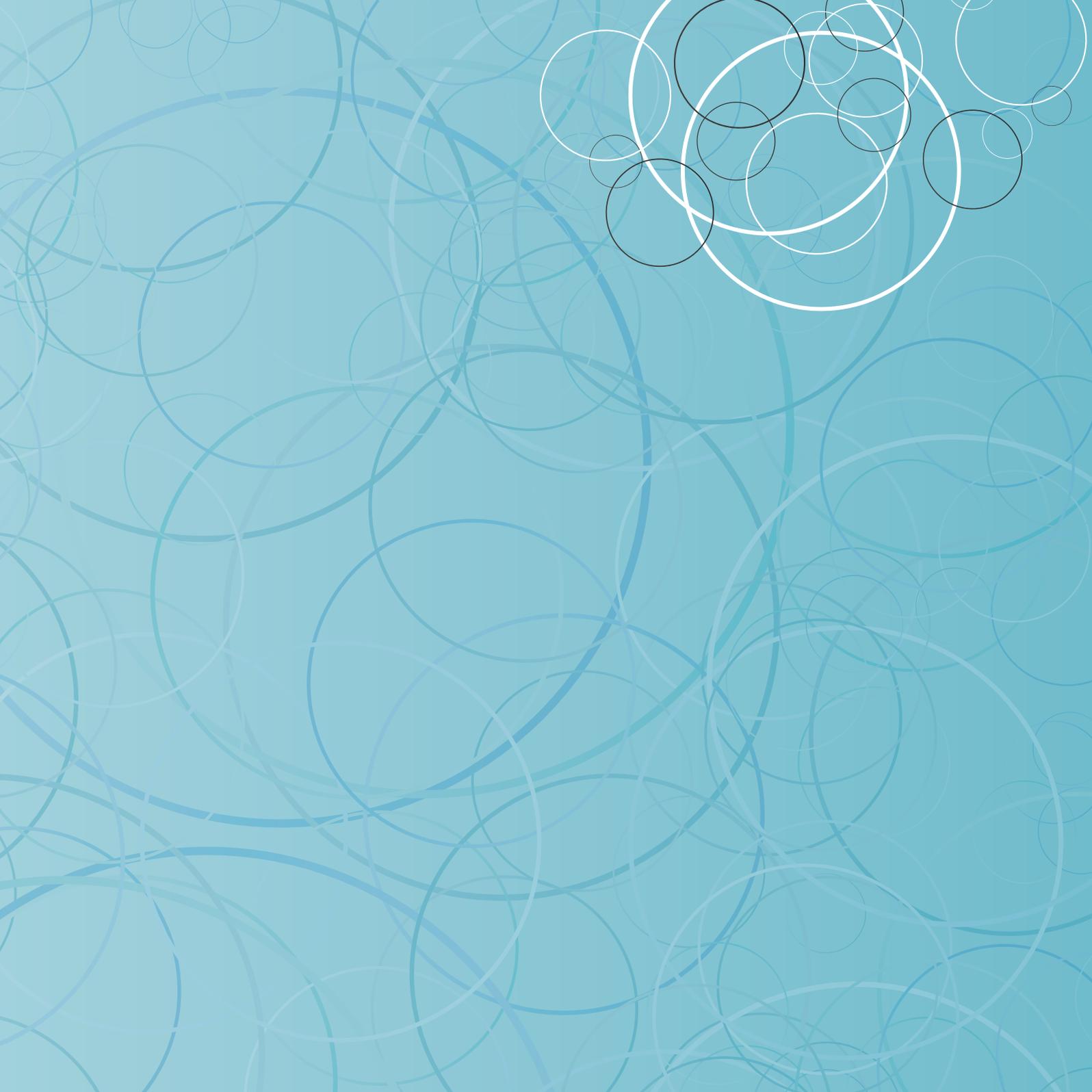


santhea

RAPPORT ANNUEL
2016



santhea
RAPPORT ANNUEL
2016



«Sommaire»

7 Présentation de santhea

- 8 Introduction
- 10 Faits et chiffres

29 Les dossiers de 2016

- 30 La production du Département Etudes & Qualité : innover pour mieux soutenir !
- 33 Les marchés publics
- 34 Les médicaments biosimilaires
- 36 Les unités neurologiques de long séjour en maison de repos et de soins
- 38 Comment structurer au mieux l'offre de service en santé mentale pour répondre aux besoins de la population et sur quel territoire ?
- 40 Le financement du Dossier Patient Informatisé
- 46 La réforme de l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967, relatif à l'exercice des professions des soins de santé (MB du 14 novembre 1967)

53 Les thèmes abordés en 2016

- 54 Actualité
- 64 Représentation des membres de santhea
- 74 Activités et Groupes de travail de santhea
- 78 Conférences et Évènements

81 Informations pratiques

- 82 Liste des membres
- 90 Liste des membres du Conseil d'administration
- 92 Liste des Collaborateurs

95 Quelles valeurs et missions pour santhea ?



«Présentation de santhea»

PARTIE 1

- 8 Introduction**
- 10 santhea en 2016 c'est...**
- 11 Faits et chiffres 2016 : Hôpitaux**
- 17 Faits et chiffres 2016 :
Institutions de santé mentale**
- 20 Faits et chiffres 2016 :
Etablissements d'accueil et
d'hébergement pour aînés**

Introduction



Marie-Claire Lambert
PRÉSIDENTE DE SANTHEA

L'année 2016 a été marquée par des coupes budgétaires dans les soins de santé sans précédent. Ainsi, en 3 ans, ce Gouvernement a déjà asséné quelque 500 millions d'€ d'économies aux hôpitaux, ce qui laisse peser une menace sur plus de 8000 emplois.

Dans le même temps, les annonces de réforme se poursuivent sur un rythme effréné: poursuite de la réforme du financement hospitalier, annonce de la réforme du paysage hospitalier en réseaux, réforme de l'arrêté royal N°78, poursuite du plan e-health et implémentation du DPI dans les hôpitaux, convention sur les biosimilaires, poursuite de la réforme en santé mentale, notamment pour les enfants et adolescents, ...

Les hôpitaux doivent faire face à une évolution de plus en plus complexe avec de moins en moins de moyens, ce n'est pas là le moindre des challenges auxquels ils doivent faire face.

Malgré une charge de travail toujours plus éprouvante (liée notamment à un des taux d'encadrement par patient des plus faibles des pays occidentaux), nos hôpitaux belges et les personnels qui y travaillent parviennent, jour après jour, à confirmer que notre système de santé est un des plus performants du monde (le 4^{ème} meilleur en Europe selon l'Indice de santé publié par le Health Consumer Powehouse).

Néanmoins, aujourd'hui, santhea craint que ces bonnes performances soient remises en cause par les politiques menées par l'actuel Gouvernement, imposant des économies drastiques dans les soins de santé et des réformes irréfléchies, trop rapides et non-concertées dans l'organisation des soins hospitaliers.

L'indispensable réforme du paysage hospitalier doit être construite sur base d'un large consensus émanant du terrain lui-même et non imposée selon des critères technocratiques.



Les hôpitaux sont non seulement un pilier essentiel de l'organisation des soins de santé dans notre pays, mais ils sont aussi un vecteur économique important, avec plus de 100.000 emplois salariés directs.

Comment les hôpitaux pourront-ils encore demain assurer leurs missions et garantir la qualité des soins?

La réforme demandée au secteur est ambitieuse et ne pourra être réussie que si les hôpitaux bénéficient d'un cadre budgétaire stable. Les hôpitaux ne peuvent pas en même temps se réformer et se battre pour leur pérennité financière.

La sixième réforme de l'Etat a, par ailleurs transféré d'importantes compétences aux entités fédérées. Force est de constater que l'accapuration de ces nouvelles compétences par ces entités fédérées prend énormément de temps et ne se fait pas sans difficultés. Santhea plaide pour que les nouvelles administrations puissent disposer de moyens nécessaires pour exercer ces nouvelles compétences et qu'une nouvelle dynamique puisse s'installer dans ces secteurs transférés. Une nouvelle culture de concertation régionale doit aussi se développer, avec des particularités propres à chaque entité fédérée, dans le respect de chaque partie.

Pour faire face à ces nombreux défis, et aux nombreuses nouvelles contraintes, l'équipe de santhea s'est élargie en 2016 et continuera à s'élargir en 2017. L'ambition qui avait guidé à la création en 2008 de santhea est toujours présente: offrir la meilleure qualité de service à ses

membres, être constamment à leur écoute, les représenter dans les instances consultatives et de gestion des soins de santé, rassembler ce qui est épars afin de constituer une force de proposition et de représentation, constituer un lieu d'échange et de formation, ...

Santhea continuera à vous représenter et à défendre ses valeurs fondatrices qu'il n'est jamais inutile de rappeler: accessibilité, neutralité philosophique et en matière d'éthique, service universel.



Santhea en 2016, c'est...

68
MR-MRS

23
**Centres
d'accueil
de jour**

38
Hôpitaux

7
IHP/MSP

10
**Autres
institutions de
soins (labos, petite
enfance,...)**

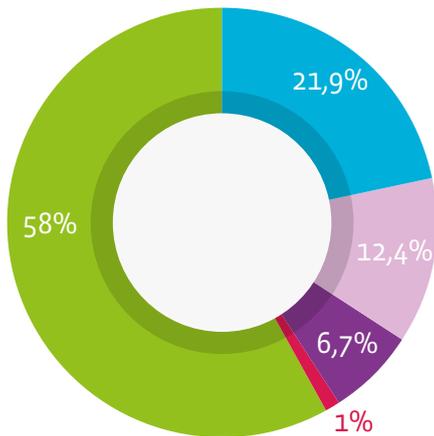
18
**Résidences-
services**

10
**Conventions
de
revalidation**

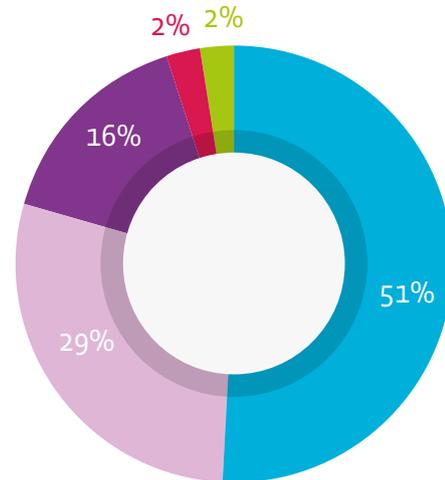
Faits et chiffres 2016 : Hôpitaux

Répartition du nombre de lits agréés 2016 par fédération*

Au niveau national

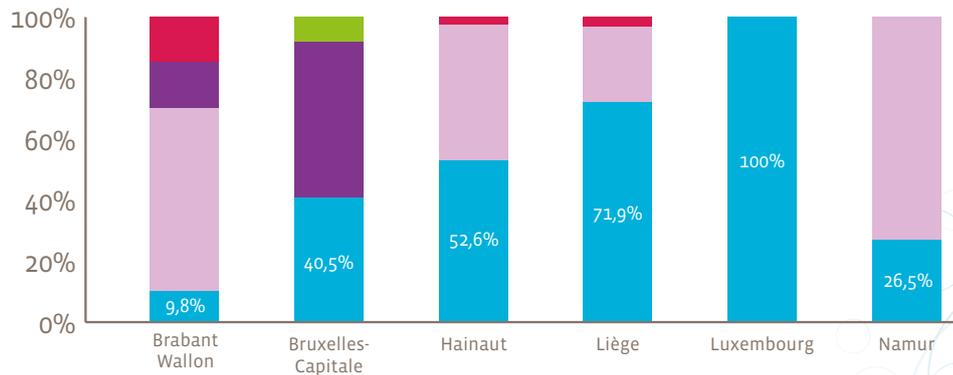


Au niveau des régions wallonne et bruxelloise



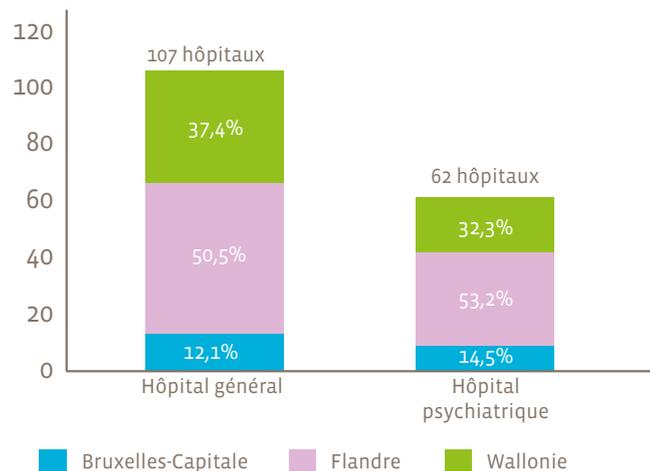
■ Santhea ■ UNESSA ■ GIBBIS ■ Wallcura ■ Zorgnet-Icuro

Par province (Wallonie + Bruxelles)

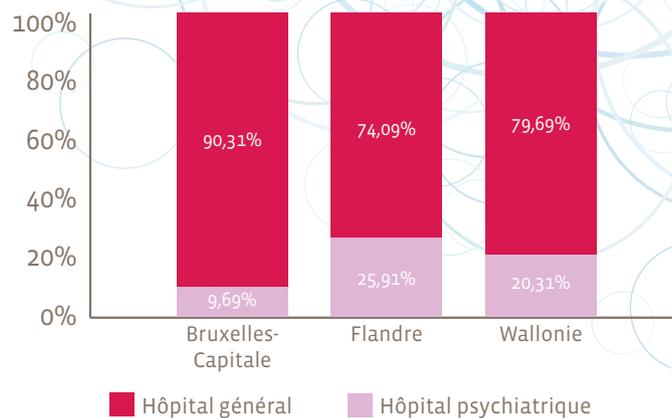


* Lorsqu'il y a référence à la ventilation «fédération», les lits des institutions ayant une double affiliation sont divisés par deux.

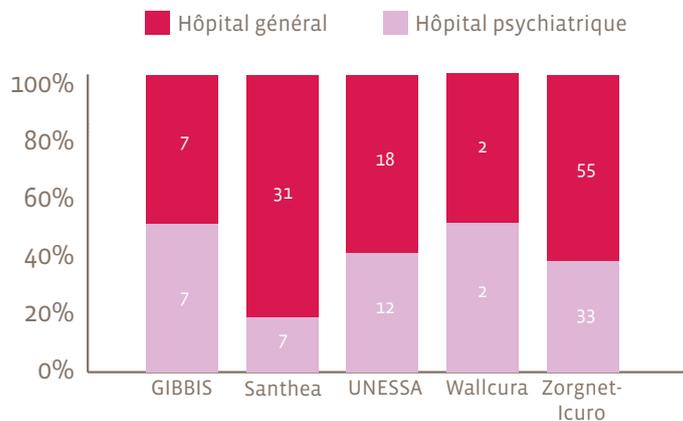
Répartition régionale du nombre d'hôpitaux* en 2016, par type d'hôpital



Répartition, pour chaque région, du nombre de lits agréés 2016 par type d'hôpital



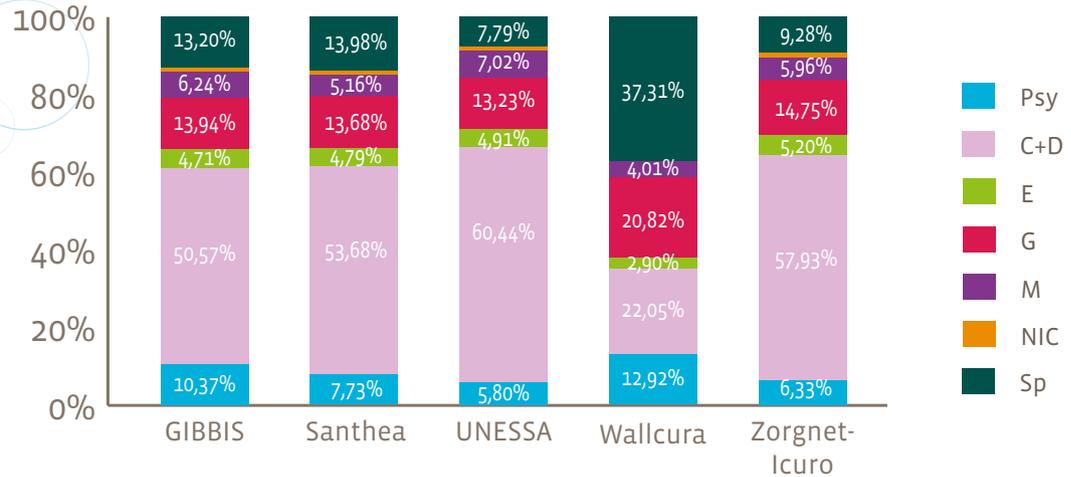
Répartition, pour chaque fédération, du nombre d'hôpitaux** en 2016 par type d'hôpital



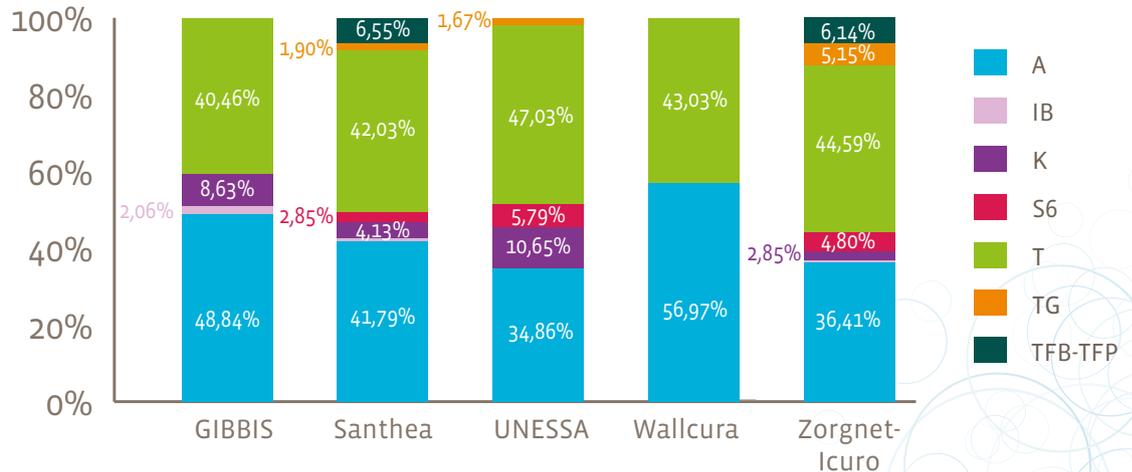
* Pour l'ensemble des graphiques de la partie « Hôpitaux », nous n'avons pas tenu compte des 8 « ex-hôpitaux » spécialisés et gériatriques flamands transférés à la région flamande. L'intitulé « Hôpital général » reprend donc principalement les hôpitaux aigus (+ le 722 – MRS Saint Joseph).

** Pour ce graphique-ci, les institutions doublement affiliées sont comptabilisées deux fois (une fois dans chaque fédération).

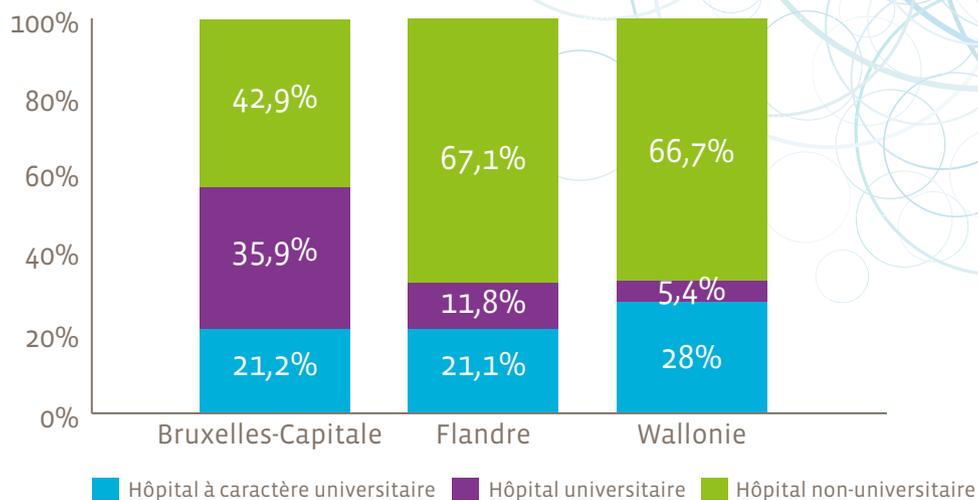
Répartition, pour chaque fédération, du nombre de lits agréés 2016 par index pour les hôpitaux généraux



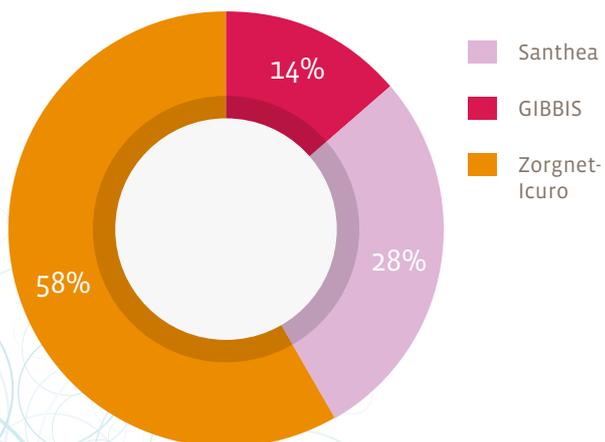
Répartition, pour chaque fédération, du nombre de lits agréés 2016 par index pour les hôpitaux psychiatriques



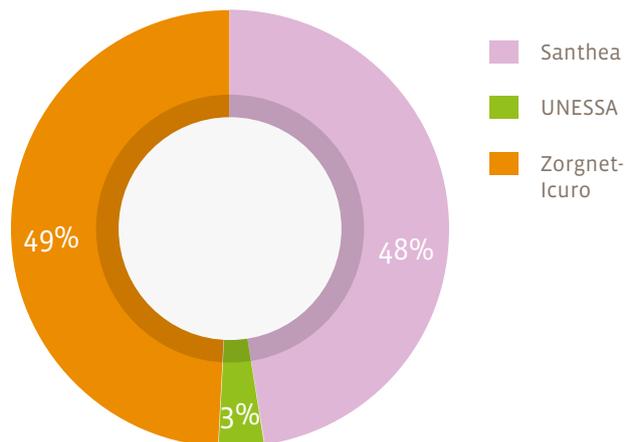
Répartition, pour chaque région, du nombre de lits agréés 2016 en fonction du caractère universitaire (hôpitaux aigus)



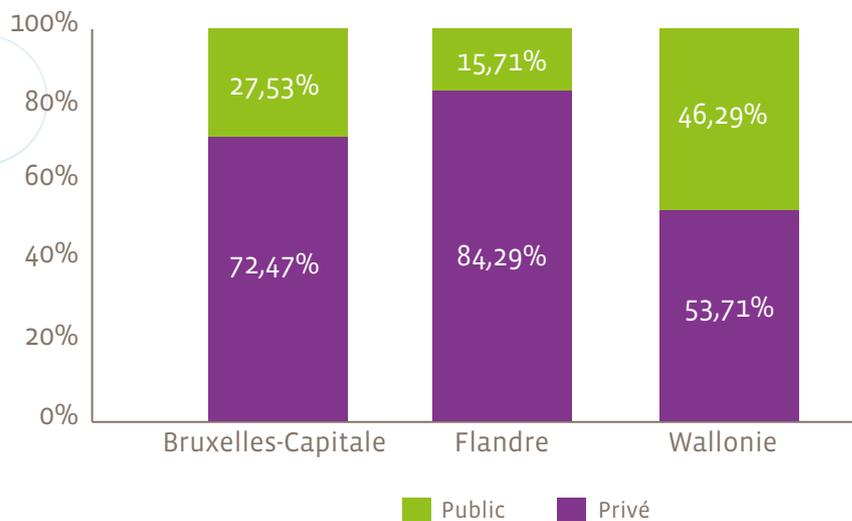
Ventilation du nombre de lits universitaires 2016 par fédération



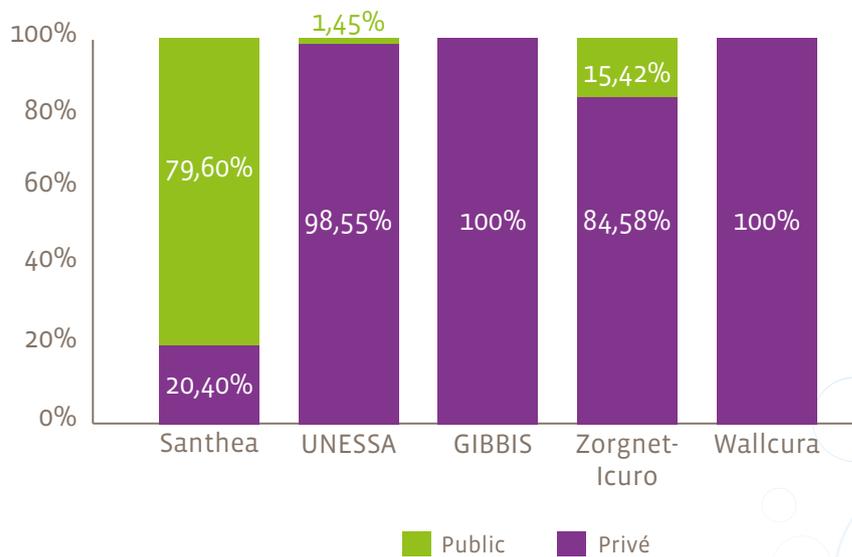
Ventilation du nombre de lits à caractère universitaire 2016 par fédération



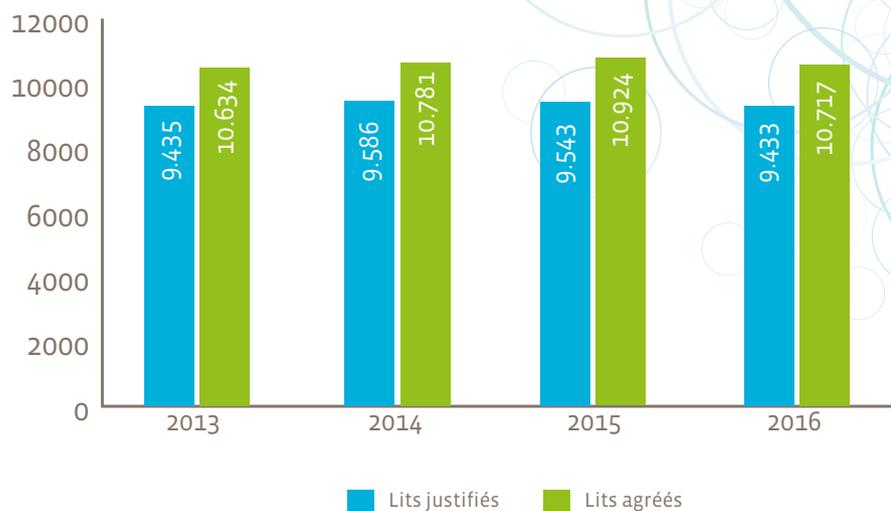
Répartition, pour chaque région, du nombre de lits agréés 2016 par statut



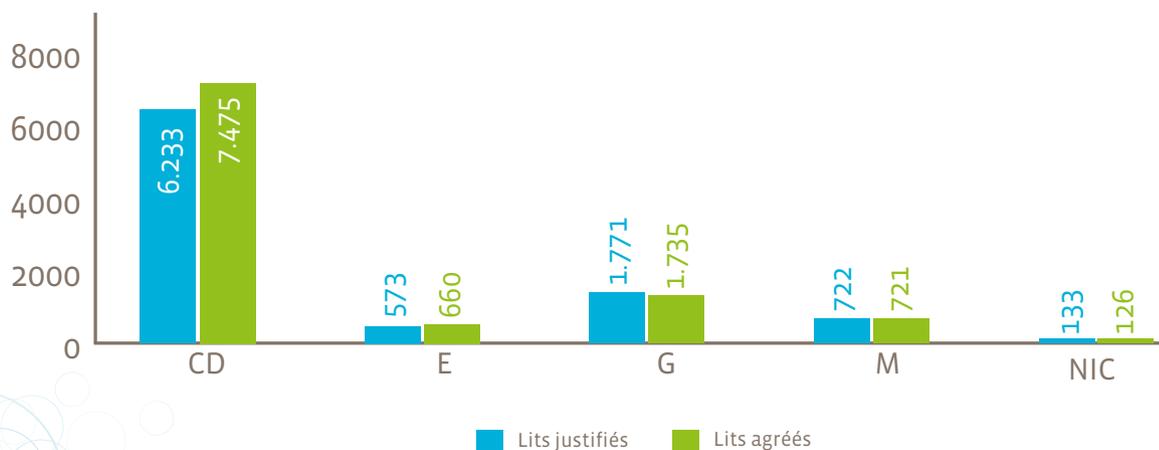
Répartition, par fédération, du nombre de lits agréés 2016 par statut



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



Différence entre les lits justifiés et agréés 2016, par index de lit, pour les hôpitaux aigus de santhea*

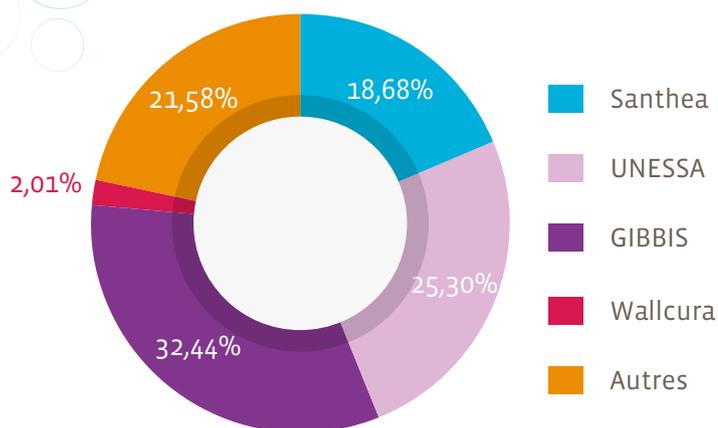


*Y compris pour les hôpitaux « hors système » (calcul du SPF)

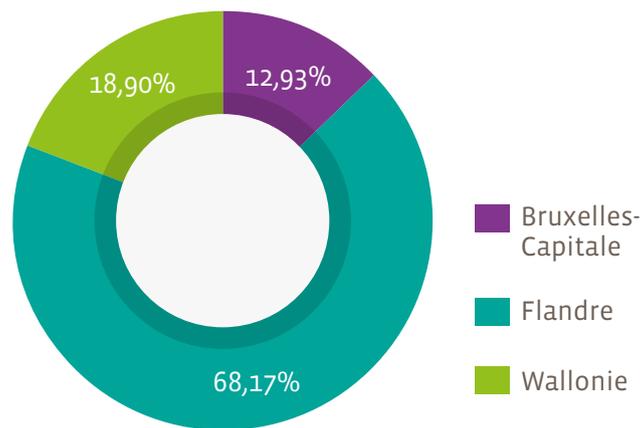
Faits et chiffres 2016: Institutions de santé mentale

Initiatives d'habitations protégées

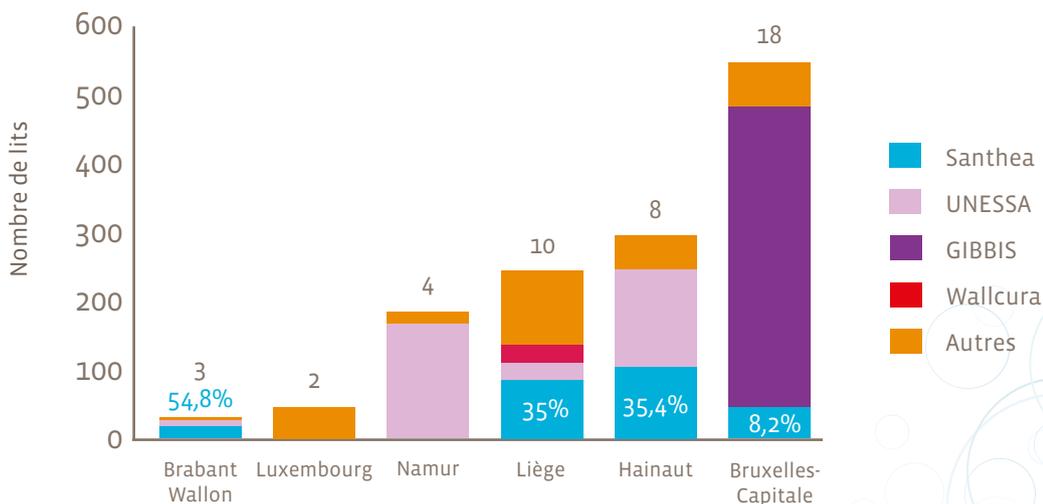
Répartition du nombre de lits 2016 en IHP par fédération (Bruxelles + Wallonie)



Répartition du nombre de lits 2016 en IHP par région



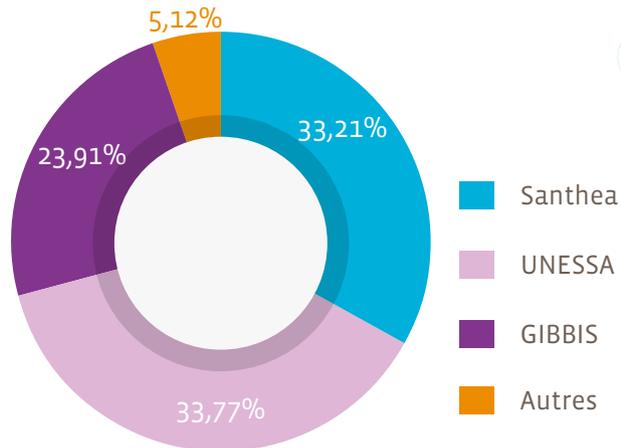
Répartition du nombre de lits 2016 en IHP par fédération, pour chaque province* (Bruxelles + Wallonie)



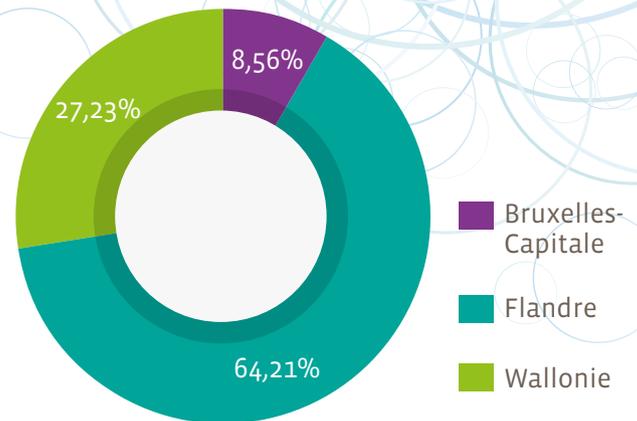
* Le nombre d'institutions par province est aussi indiqué, au-dessus de chaque bâtonnet.

Maisons de soins psychiatriques

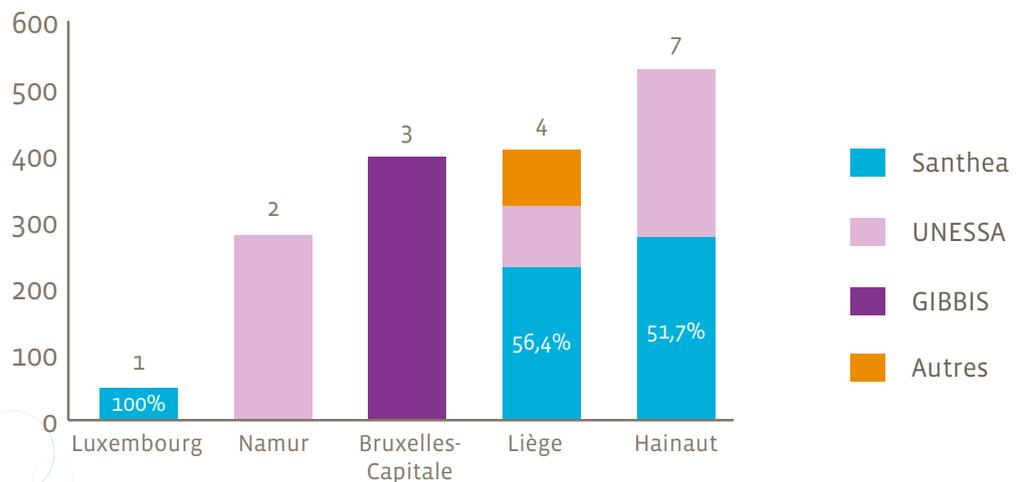
Répartition du nombre de lits 2016 en MSP par fédération (Bruxelles + Wallonie)



Répartition du nombre de lits 2016 en MSP par région



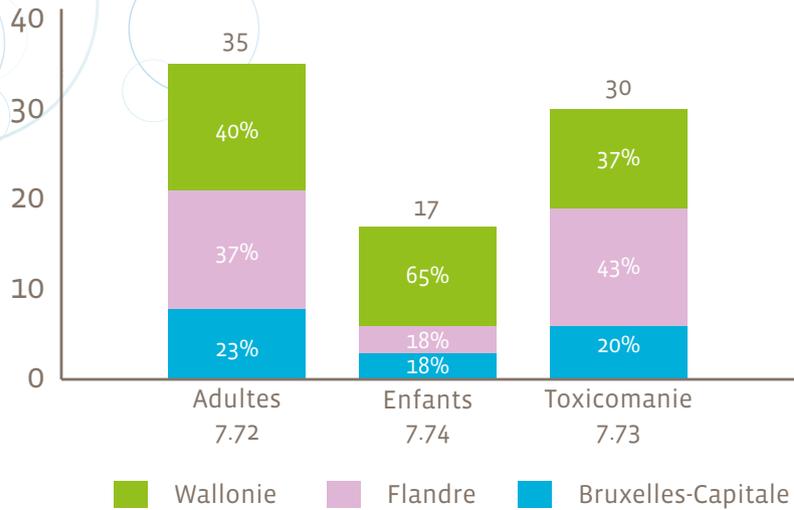
Répartition du nombre de lits 2016 en MSP par fédération, pour chaque province* (Bruxelles + Wallonie)



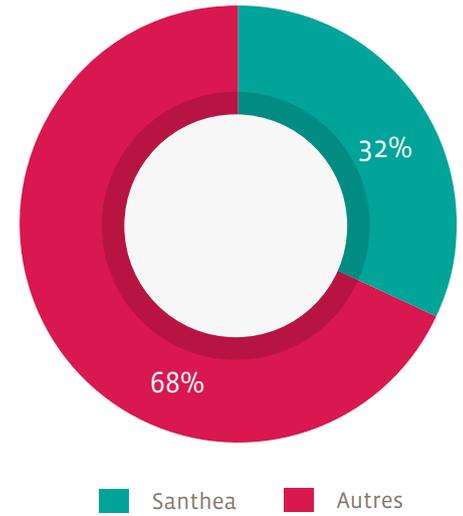
* Le nombre d'institutions par province est aussi indiqué, au-dessus de chaque bâtonnet.

Etablissements de rééducation fonctionnelle psychosociale

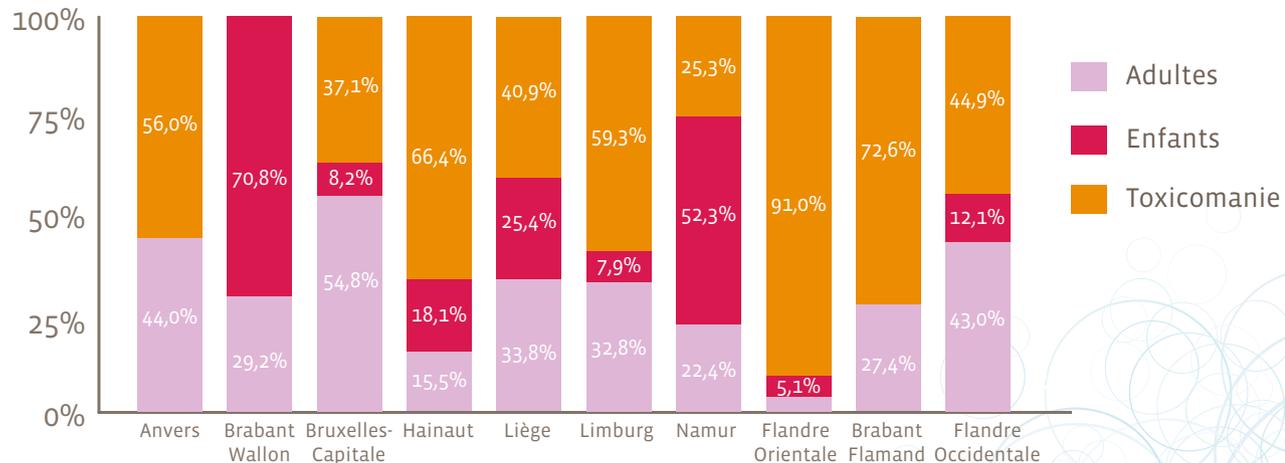
Répartition régionale du nombre d'établissements, par secteur



Réprésentativité de santhea, en termes de nombre d'établissements (Bruxelles + Wallonie)



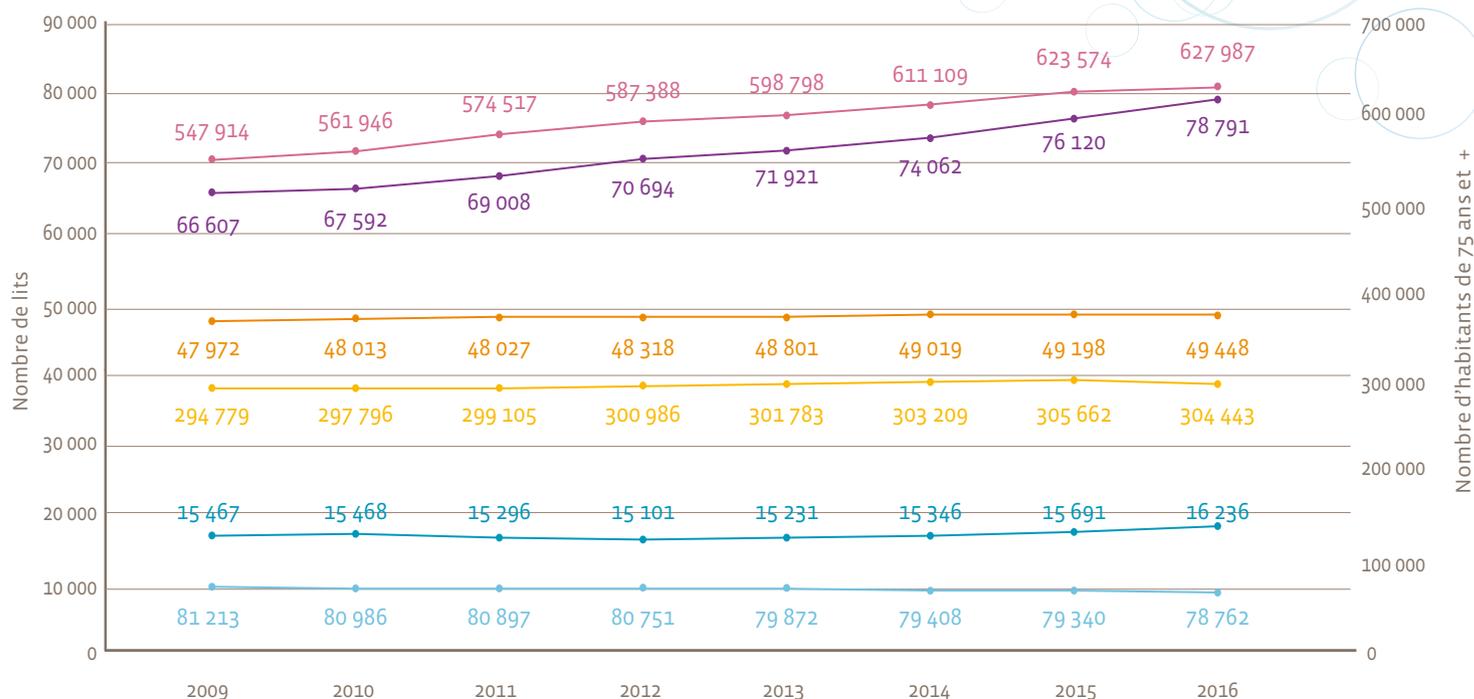
Répartition du nombre de prestations («capacité réalisable»), en fonction du secteur, pour chaque province



* nombre de prestations de rééducation fonctionnelle que l'établissement effectue lorsqu'il réalise un taux d'occupation de 100%.

Faits et chiffres 2016: Etablissements d'accueil et d'hébergement pour aînés

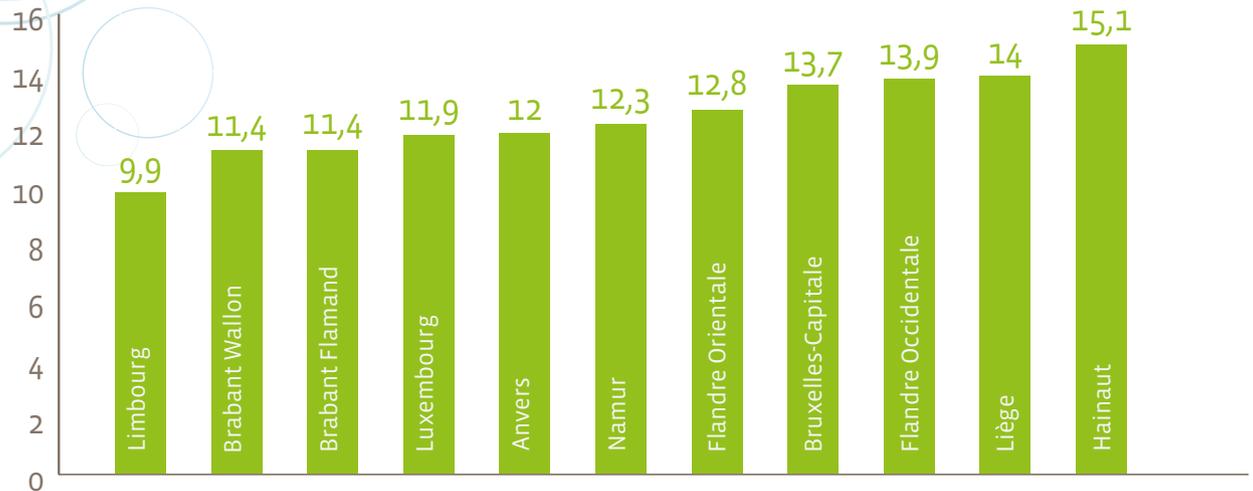
Evolution du nombre de lits MR-MRS* et du nombre d'habitants de +75 ans par région



- Nbr de lits Bruxelles-Capitale
- Nbr d'habitants de + 75 ans Bruxelles-Capitale
- Nbr de lits Flandre
- Nbr d'habitants de + 75 ans Flandre
- Nbr de lits Wallonie
- Nbr d'habitants de + 75 ans Wallonie

* Les «lits MR-MRS», dans les graphiques suivants, englobent les lits MR, MRS, Coma et court séjour.

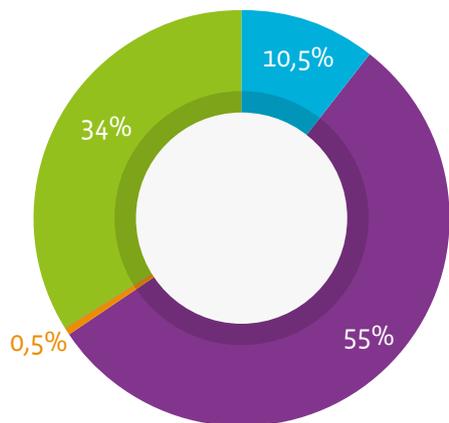
Nombre de lits MR-MRS pour 1000 habitants, par province (2016)



Nombre d'habitants de + 75 ans par lit MR-MRS, par province (2016)

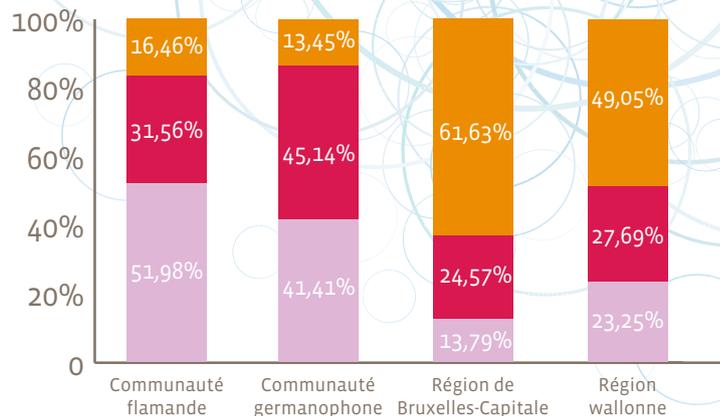


Répartition du nombre de lits MR-MRS 2016 par Communauté/Région



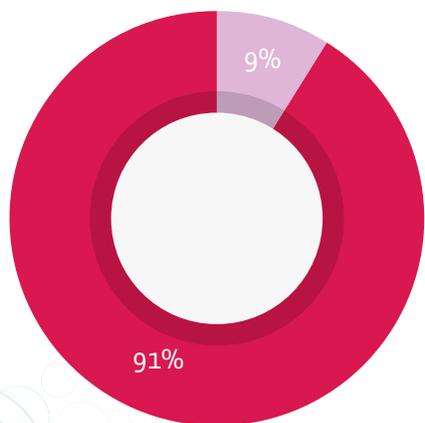
■ Région de Bruxelles-Capitale ■ Communauté flamande
■ Communauté germanophone ■ Région wallonne

Répartition du nombre de lits MR-MRS 2016 par statut, pour chaque Communauté/Région



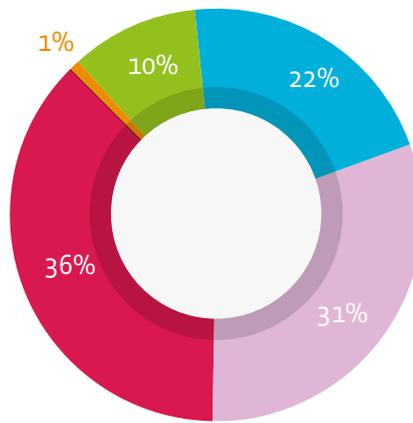
■ Privé commercial ■ Public ■ Associatif

Répartition du nombre de lits MR-MRS 2016 par statut, pour santhea



■ Associatif ■ Public

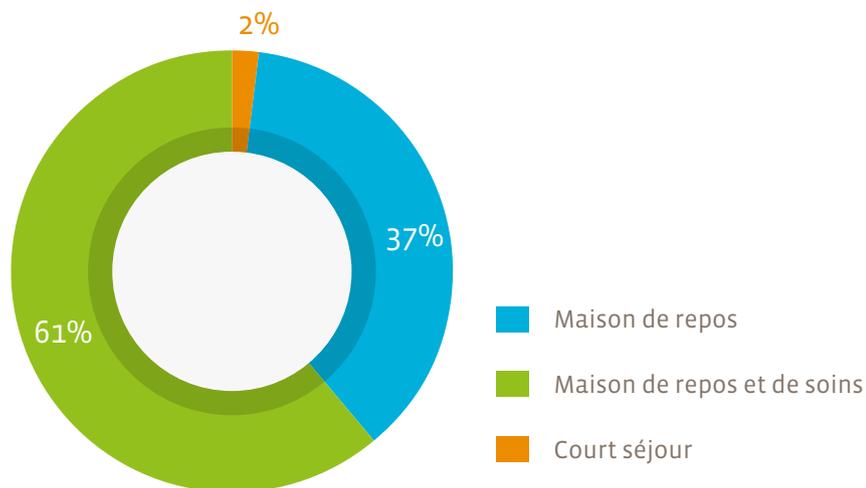
Répartition du nombre de lits MR-MRS des secteurs public et associatif par fédération* en région wallonne



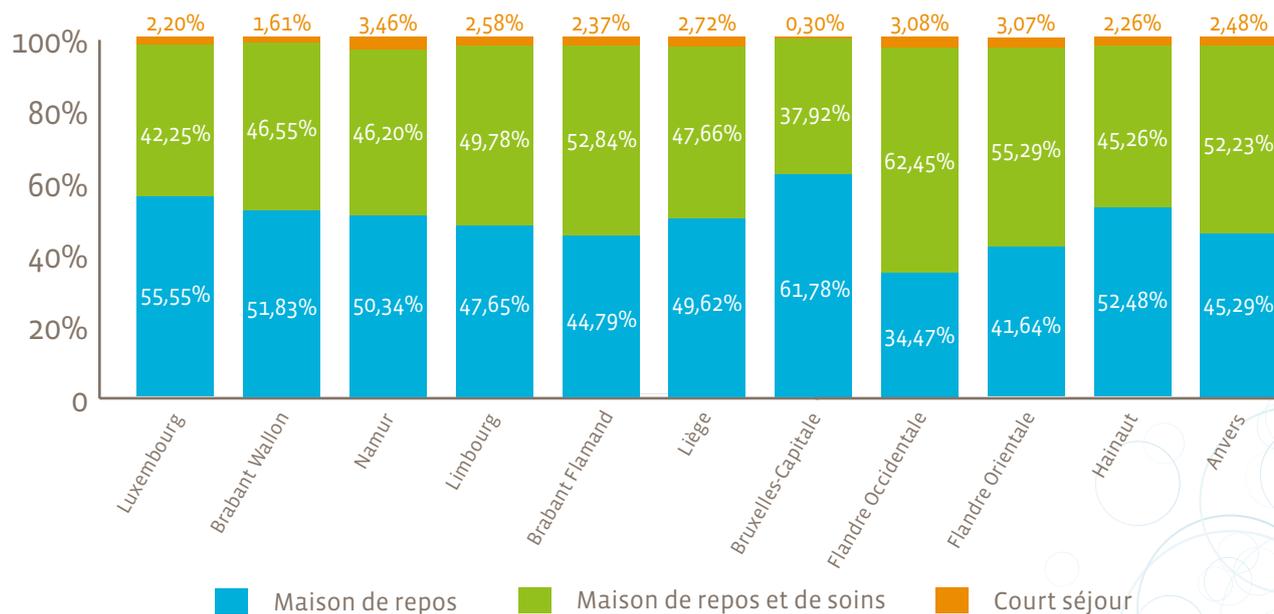
■ Santhea ■ UNESSA ■ Fédération des CPAS
■ Wallcura ■ Autres

* Les lit MR-MRS affiliés à deux fédérations sont comptabilisés deux fois dans ce graphique

Répartition du nombre de lits MR-MRS 2016 par type de lit, pour santhea

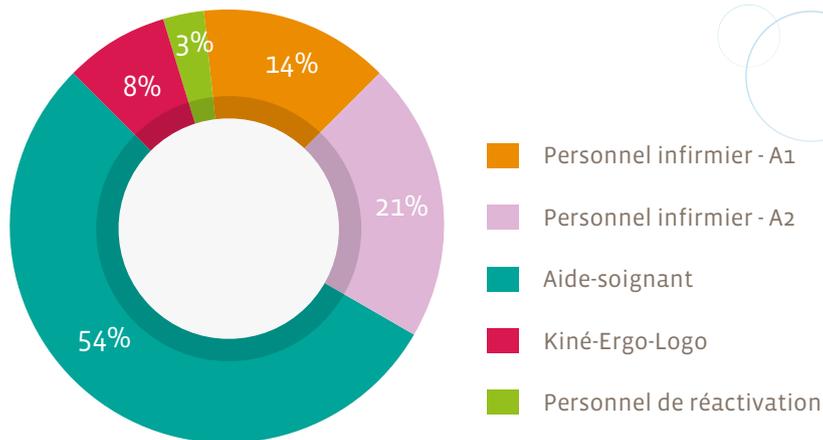


Répartition du nombre de lits MR-MRS 2016 par type de lit, pour chaque province

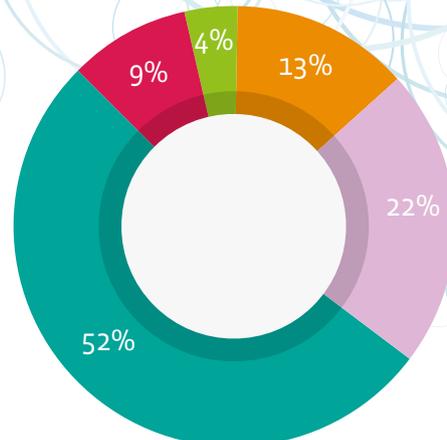


Ventilation du nombre d'ETP soignants présents* dans les MR-MRS en 2016, par qualification

Au niveau national

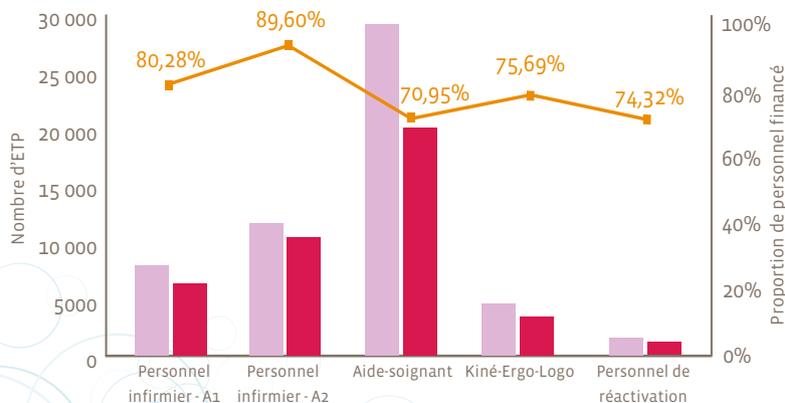


Au niveau de santhea

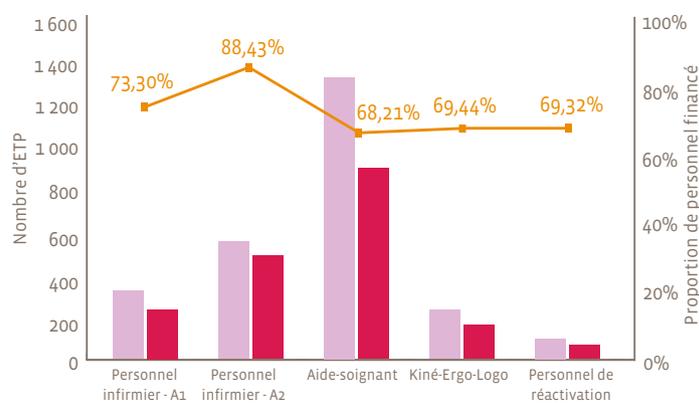


Comparaison du nombre d'ETP soignants présents au nombre d'ETP financés en 2016, par qualification

Au niveau national



Au niveau de santhea



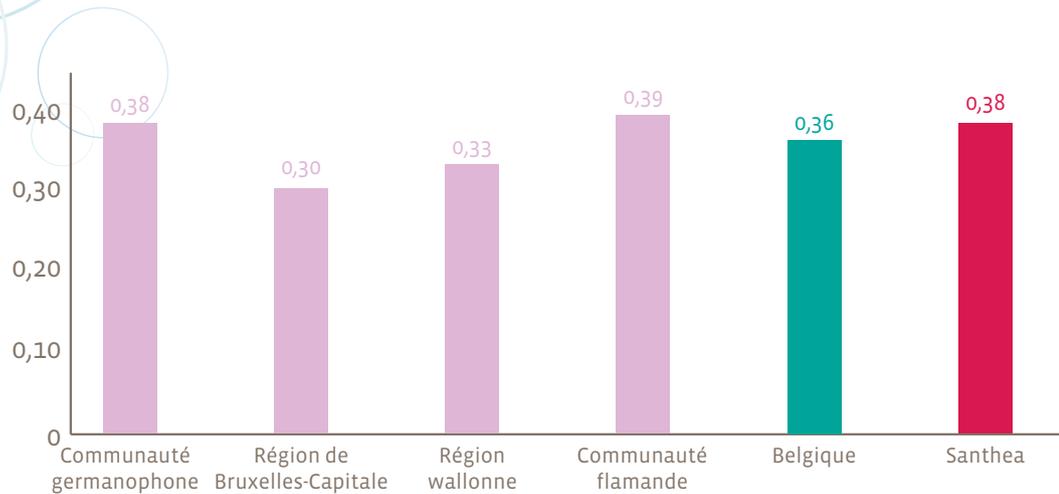
■ Nbr ETP présents dans le 3^{ème} volet

■ Nbr ETP financés dans le forfait

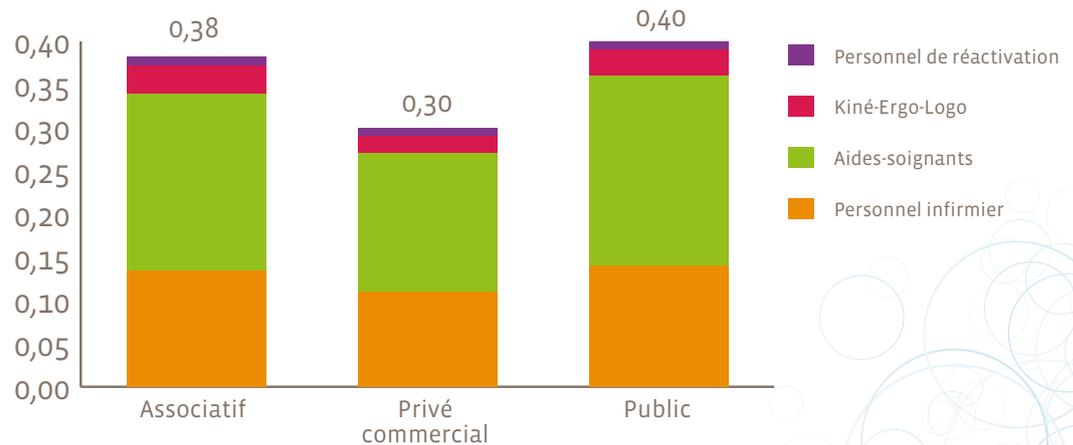
— Proportion de personnel financé

* ETP présents dans le 3^{ème} volet

Nombre moyen d'ETP par lit (MR-MRS-Coma-CS et CSJ), par entité



Nombre moyen d'ETP par lit (MR-MRS-Coma-CS et CSJ), en fonction du secteur



Evolution (exprimée en %) du nombre de journées facturées en fonction du profil de dépendance*, par région

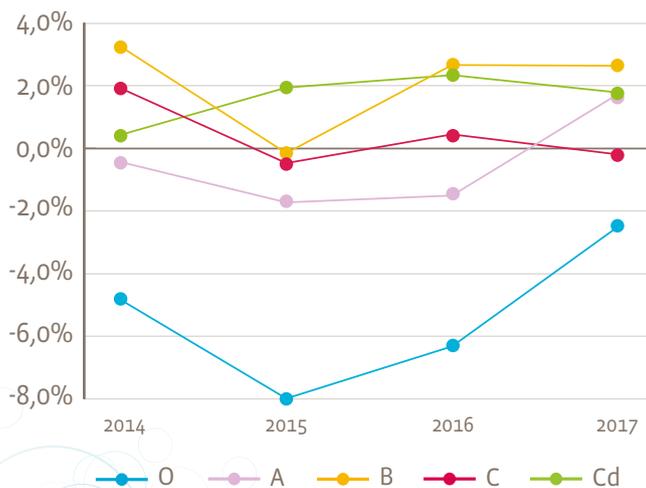
Bruxelles-Capitale



Flandre

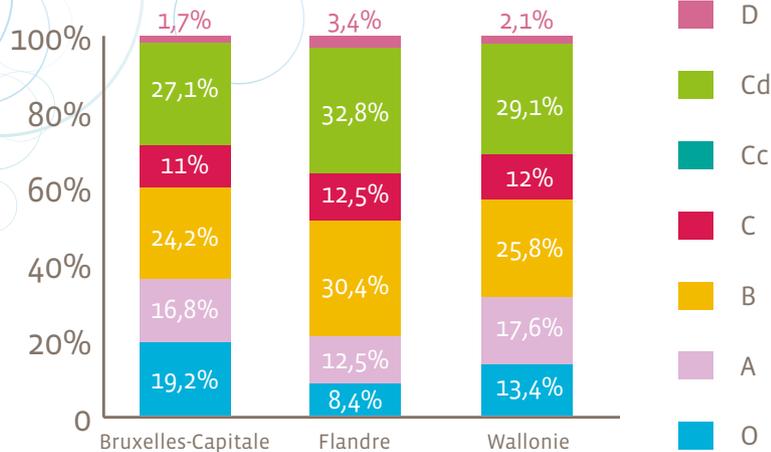


Wallonie

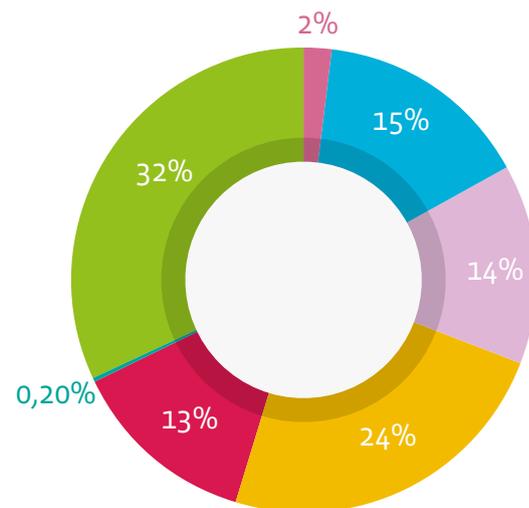


* Les profils Cc (Coma) et D (Affection type alzheimer) sont retirés des graphiques pour permettre une plus grande lisibilité. Pour ces deux profils de dépendance, on comptabilise néanmoins un très petit nombre de journées facturées (<2% du total).

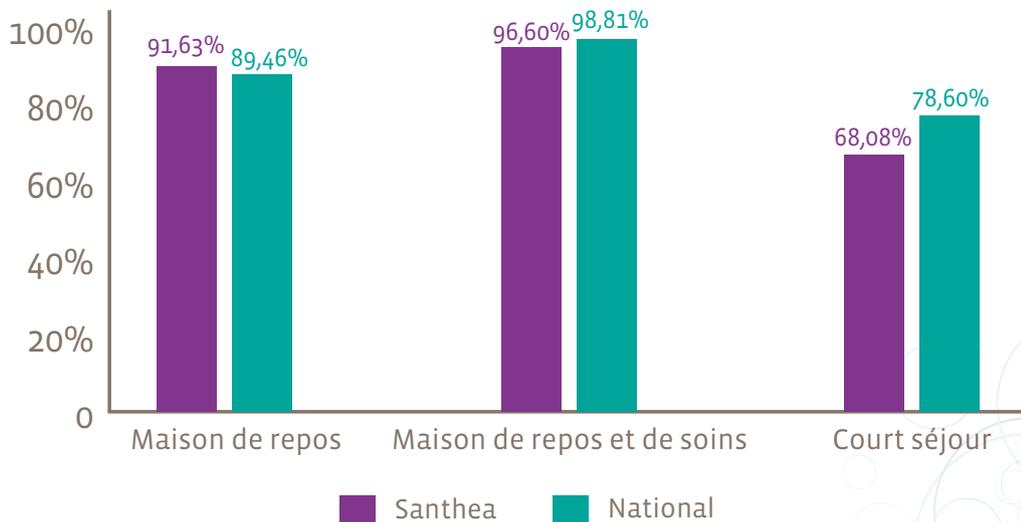
Comparaison par région de la ventilation des journées facturées en 2016 par profil de dépendance

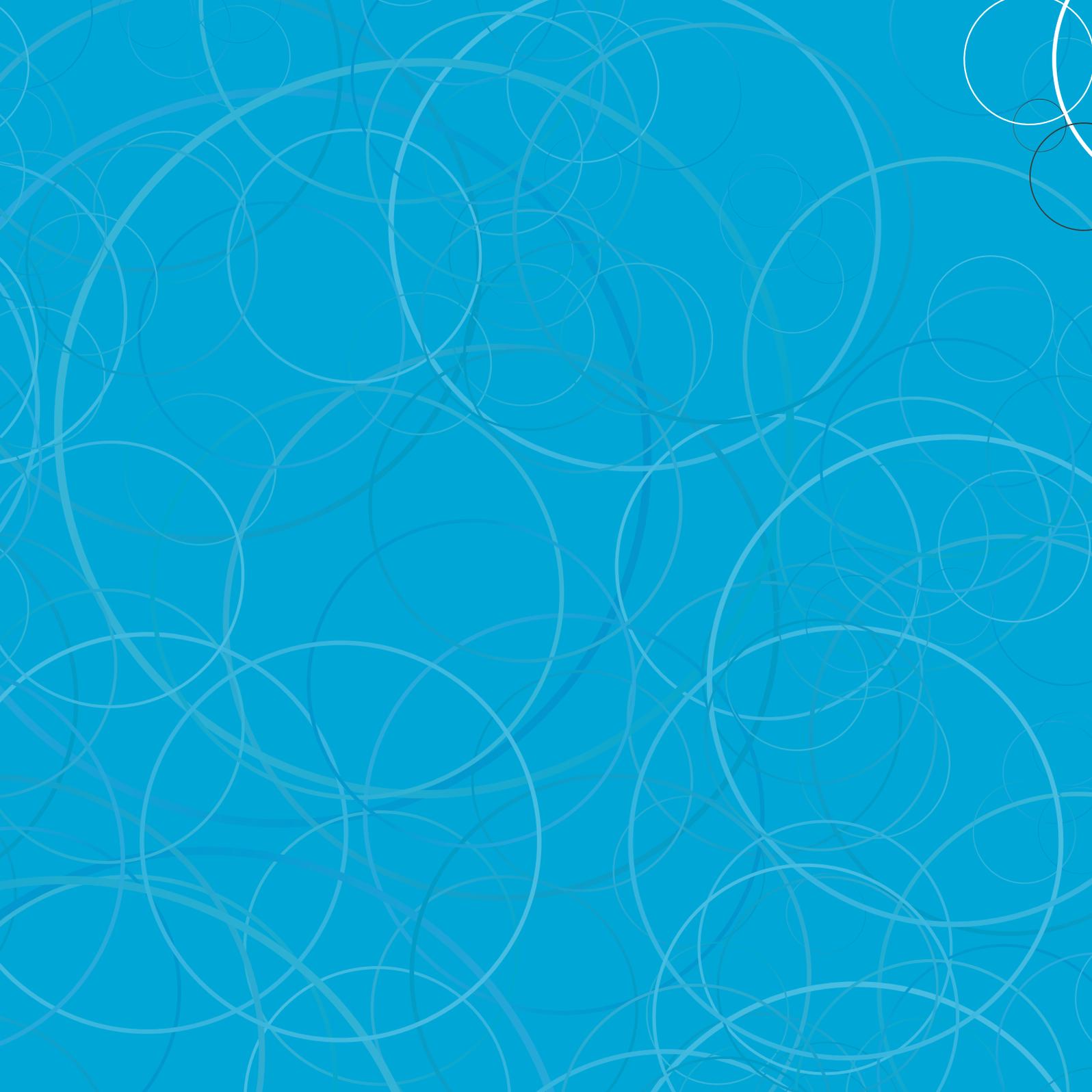


Ventilation des journées facturées en 2016 par profil de dépendance, pour santhea



Taux d'occupation des différents types de lits en 2016





«Les dossiers de 2016»

PARTIE 2

- 30 La production du Département Etudes & Qualité : innover pour mieux soutenir!**
- 33 Les marchés publics**
- 34 Les médicaments biosimilaires**
- 36 Les unités neurologiques de long séjour en maison de repos et de soins**
- 38 Comment structurer au mieux l'offre de service en santé mentale pour répondre aux besoins de la population et sur quel territoire?**
- 40 Le financement du Dossier Patient Informatisé**
- 46 La réforme de l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967, relatif à l'exercice des professions des soins de santé (MB du 14 novembre 1967)**

dossier

La production du Département Etudes & Qualité: innover pour mieux soutenir!

En octobre 2015, après plusieurs reports liés à de multiples facteurs, les quatre premiers rapports en ligne du Département Etudes & Qualité (DEQ) de santhea étaient rendus disponibles sur notre Plateforme SharePoint. Il s'agissait de l'aboutissement d'un travail conséquent réalisé par l'ensemble de l'équipe. L'année 2016 aura été consacrée à la mise en ligne de nombreux autres rapports, mais également au développement de nouveaux outils destinés à diversifier le soutien que nous offrons aux membres dans l'amélioration continue de leur gestion.

UNE CROISSANCE EXPONENTIELLE DE LA PRODUCTION

Alors que la Plateforme proposait au départ uniquement des rapports anonymes, une série de rapports individuels ont été développés, ces derniers permettant aux institutions de consulter leurs propres données sur base de variables de stratification détaillées et/ou ne pouvant être affichées dans les rapports anonymes sans prendre le risque qu'un hôpital puisse être identifié. Une comparaison de leurs valeurs avec une moyenne pour l'échantillon santhea correspondant étant par ailleurs possible pour certains de ces rapports.

Du côté des nouveaux éléments publiés, notre Plateforme s'est enrichie en mars 2016 d'un rapport anonyme permettant à nos hôpitaux de comparer leurs pratiques en termes de consommation de spécialités pharmaceutiques remboursables, les données étant ventilables par pathologie, degré de sévérité, code ATC, voie d'administration et code CNK. En mars toujours, l'équipe a complété le projet «Absentéisme» par de nouveaux indicateurs (taux d'absentéisme pour accident du travail/maladie professionnelle, proportion de travailleurs malades depuis plus d'un an, nombre moyen de jours de maladie par travailleur, ...) et a procédé à la mise en ligne de deux rapports relatifs à ce module. Le premier, anonyme, offre une comparaison inter-hospitalière basée à présent sur 11 indicateurs. Le second rapport, individuel, permet à chaque hôpital de comparer ses données personnelles à celles de l'échantillon santhea par service, nombre de travailleurs concernés, grade, etc. En juin, trois nouveaux rapports anonymes dédiés aux multiples questionnaires de notre enquête «Satisfaction Patients»

sont venus compléter un premier rapport en ligne publié en 2015. Un cinquième rapport relatif aux urgences a suivi en octobre. Le même mois, notre module consacré aux spécialités pharmaceutiques remboursables s'est vu complété d'un rapport individuel tandis que les deux premiers rapports publiés étaient mis à jour.

En septembre, deux rapports liés à la forfaitarisation de l'imagerie médicale ont été publiés en adaptant les données autrefois exploitées dans un document au format Excelsius. Une restructuration de la base de données a été entreprise pour ce faire. L'un des rapports étant individuel, celui-ci permet aux institutions d'étudier leurs données en se comparant à l'échantillon santhea par APR-DRG et service. En octobre, quatre rapports ont été mis à jour. Les rapports «Absentéisme» ont été complétés avec les données de l'année 2015 alors que les rapports «Montants de référence» et «Montants de référence – Comparaison des pratiques» ont été modifiés pour prendre en compte les données 2016 et l'introduction de l'hospitalisation de jour et de la période de 30 jours précédant chaque hospitalisation concernée par le système des montants de référence. De nouveaux indicateurs ont également été développés en conséquence.

Le mois d'octobre, particulièrement prolifique, a également été l'occasion de publier deux rapports, l'un anonyme et l'autre individuel, sur base d'un nouveau module dédié aux données de ressources humaines de FINHOSTA.

L'INDISPENSABLE APPROPRIATION DE L'OUTIL PAR LES MEMBRES

Le problème de visibilité de nos productions par le personnel des institutions reste un défi majeur pour nous. Si un certain nombre de personnes sont bien informées de nos travaux et les utilisent régulièrement, nous ne sommes pas certains de toucher toutes les personnes potentiellement intéressées. Il s'agit évidemment d'un aspect sur lequel nous souhaitons travailler pour que la valeur ajoutée de l'outil SharePoint

soit pleinement exploitée. Ainsi, pour rendre compte de l'opportunité offerte par ces outils au plus grand nombre de professionnels de la fédération concernés par les modules développés, l'idée d'organiser une tournée de démonstration dans nos institutions fût concrétisée entre avril et juin 2016. Six dates furent programmées dans cinq de nos hôpitaux, répartis dans quatre villes wallonnes (Liège, Charleroi, Namur, Bertrix) et à Bruxelles. Chacune des démonstrations, dont la dernière figurait au programme des journées d'études annuelles de santhea, a permis d'aller à la rencontre de notre public d'utilisateurs. Après une introduction théorique visant à présenter le Département Études & Qualité et l'outil SharePoint, une série de rapports furent systématiquement passés en revue de façon dynamique par l'intermédiaire d'une connexion directe à notre base de données. L'objectif était bien évidemment d'exposer les possibilités, les perspectives et l'étendue de notre outil mais également de recueillir un maximum d'avis, de remarques et de demandes complémentaires.

NOS « FOCUS », UN OUTIL SUPPLÉMENTAIRE

Dans le but de diversifier nos méthodes de diffusion de résultats d'analyses vers les institutions membres de notre fédération, un nouveau format de communication a été mis en place en 2016 par l'équipe du DEQ, celui-ci prenant la forme de micro-études baptisées «Focus». Publiées à un rythme se voulant



trimestriel, ces brèves analyses de quatre pages A4 nous permettent de rebondir rapidement sur des thèmes d'actualité ou de répondre de façon plus dynamique à des requêtes de nos membres lorsque leur intérêt se centre sur une matière en particulier. Il s'agit également d'une voie très appréciable pour améliorer notre visibilité en suscitant la curiosité du lecteur avec des analyses interpellantes sur des thématiques traitées en détails dans nos différents reportings en ligne. Contrairement à de nouveaux rapports, ces Focus reposent sur des informations déjà structurées dans notre Datawarehouse et/ou accessibles via une source externe, une caractéristique qui nous permet d'être plus réactif et d'en diffuser à intervalles réguliers. Chaque Focus est construit dans le but de poser le contexte du sujet traité avant de passer à la description du projet entrepris puis aux résultats repris systématiquement sous la forme d'une série de constats. Chaque document se conclut par la présentation de perspectives.

Quatre Focus ont été publiés en 2016 en mai, juin, septembre et décembre. Le premier Focus s'est centré sur les données de notre projet «Absentéisme» en relatant les résultats principaux valables au niveau de l'échantillon dans son ensemble. Le second Focus présente pour sa part une série d'analyses réalisées sur les données du projet «Satisfaction Patients». Ce Focus inclut comme nouveauté le recours à des tests statistiques de comparaison de moyennes, un modèle d'explication de la satisfaction obtenu par régression linéaire multiple et l'usage d'un échantillon aléatoire représentatif des hôpitaux participants au projet et inclus dans cette micro-étude. Le troisième Focus, publié après l'été, s'est intéressé à la question du nombre de lits hospitaliers en Belgique. Reprenant des éléments de l'étude approfondie réalisée par nos services en 2014 et 2015, cette micro-analyse a été l'occasion de partager la vision de santhea sur cette problématique. Le dernier Focus publié en 2016 a ciblé notre nouveau projet consacré à l'analyse des données ressources humaines. Celui-ci offre une vision comparative et évolutive des caractéristiques du personnel des hôpitaux de santhea.

La production de ces Focus se poursuivra dans le futur, sur des thématiques qui seront définies en fonction de l'actualité et des besoins de nos membres.

INNOVER, TOUJOURS!

Cela fait maintenant dix ans que la banque de données interhospitalière est en développement au sein de santhea. Dix années au cours desquelles les supports de production ont évolué pour, toujours, offrir à nos membres les outils les plus performants. La conception de notre base de données, de même que l'expertise de l'équipe, ont également considérablement changé. Nous sommes aujourd'hui en mesure d'envisager de nouveaux produits plus interactifs et plus à même de répondre aux attentes des gestionnaires. C'est ainsi que la responsable du DataWareHouse travaille actuellement au développement d'un nouveau support prenant la forme d'un module de calcul qui permettra d'effectuer, en ligne, des simulations relatives à des aspects financiers ou d'activité. La première expérience-pilote de cet outil se focalisera sur le secteur des aînés. Bien que ce projet particulier n'en soit qu'à ses débuts, les premiers tests s'annoncent d'ores et déjà prometteurs!

dossier

Les marchés publics

DE NOUVELLES RÈGLES POUR LES MARCHÉS PUBLICS... APPLICABLES À PARTIR DU 30 JUIN 2017

Après deux années de travaux menés au sein du Parlement Européen, celui-ci a adopté des nouvelles directives sur les marchés publics en janvier 2014. Il s'agit de la Directive 2014/24/UE sur la passation des marchés publics dans les secteurs classiques et de la Directive 2014/25/UE sur la passation des marchés publics dans les secteurs spéciaux¹. Ces directives abrogent les anciennes directives de 2004.

L'Union européenne a voulu, à travers cette réforme, non seulement renforcer l'efficacité et l'efficience des marchés publics, mais également permettre aux adjudicateurs de mieux utiliser l'instrument des marchés publics au soutien d'objectifs sociétaux communs ayant trait à l'environnement, l'innovation, l'emploi et l'inclusion sociale.

L'adoption de ces nouvelles directives a donné naissance à un nouveau processus législatif entamé au niveau fédéral belge en vue de respecter le délai de transposition, qui est de deux ans à dater de la publication de ces directives au Journal officiel de l'Union européenne.

Pour respecter le délai de transposition qui lui était imposé, le législateur belge a déjà adopté la nouvelle loi relative aux

marchés publics². Son entrée en vigueur a été fixée au 30 juin 2017 par l'Arrêté royal du 18 avril 2017 relatif à la passation des marchés publics dans les secteurs classiques (M.B. du 9 mai 2017).

À propos des règles relatives à la passation et à l'exécution des marchés publics, celles-ci ont dû, elles aussi, être modifiées conformément aux nouvelles règles.

Parmi les nouveautés, il y a notamment la simplification de l'accès aux marchés publics des PME par une réduction des charges administratives et l'incitation à l'allotissement, la modernisation des procédures par une réduction des délais et un assouplissement de la distinction entre les critères de sélection et d'attribution, l'assouplissement des motifs de recours à la procédure négociée avec publicité, ainsi que l'extension de l'utilisation des moyens de communication électronique au cours de la procédure de passation du marché.



1 Il s'agit des marchés publics passés par des entités opérant dans les secteurs de l'eau, de l'énergie, des transports et des services postaux.

2 Loi du 17 juin 2016 relative aux marchés publics, M.B. du 14 juillet 2017.

dossier

Les médicaments biosimilaires

Les médicaments biosimilaires sont des médicaments similaires à un médicament biologique dit « de référence ». Leur percée reste encore modeste en Belgique comparée à celle observée dans la plupart des autres pays européens. Etant donné l'économie potentielle pour le système de santé, le Gouvernement fédéral a pris plusieurs mesures visant à forcer la main des prescripteurs dans le sens de l'utilisation des biosimilaires. Leurs effets s'exerceront essentiellement au détriment des hôpitaux.

Un médicament biosimilaire contient un ou plusieurs principes actifs constitués ou dérivés d'une source biologique et est développé pour être similaire à un médicament biologique existant, appelé « médicament de référence ».

VISION DE SANTÉ PUBLIQUE OU RESTRICTIONS BUDGÉTAIRES ?

Le Gouvernement fédéral, en quête de nouvelles sources d'économies, a pris plusieurs initiatives visant à contraindre le secteur à recourir plus largement aux médicaments biosimilaires.

Le premier objectif sous-tendant cette mesure est donc financier: cela représenterait, d'après Mme De Block, une économie substantielle pour la sécurité sociale eu égard au fait que le coût de ces médicaments est moindre et en diminution.

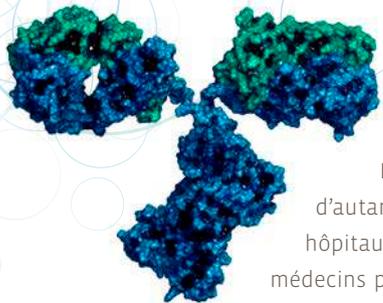
Cette manne financière lui paraît d'autant plus attractive que la percée des médicaments biosimilaires en Belgique est, actuellement, pour le moins modeste par rapport à celle observée dans la plupart des autres pays européens.

Or, bien qu'il soit exact qu'une économie puisse être ainsi réalisée, il a déjà été établi qu'elle ne serait pas aussi conséquente que ce qu'avance Mme De Block. On peut notamment citer à cet égard le fait que la différence de prix entre un médicament de référence et son biosimilaire n'est pas aussi importante qu'entre un médicament original et son générique.

Enfin, subsidiairement, la Ministre fédérale de la Santé publique invoque également à l'appui de cette mesure la stimulation de la concurrence qui en découlerait ainsi que l'intérêt qu'il y aurait à élargir l'accès à ces médicaments à un plus grand nombre de patients.

LES HÔPITAUX, ENTRE LE MARTEAU ET L'ENCLUME?

La mesure touche essentiellement les hôpitaux alors même qu'ils ne sont pas eux-mêmes prescripteurs.



A défaut de prescription à hauteur du pourcentage requis, ce seront en effet les hôpitaux qui seront financièrement sanctionnés.

Prendre ceux-ci pour cible est d'autant plus incompréhensible que les hôpitaux ne peuvent forcer la main des médecins pour les amener à prescrire assez de biosimilaires.

Restent également à résoudre une série de questions comme celles relatives à la liberté thérapeutique des médecins et à l'inscription dans le formulaire thérapeutique même lorsqu'il ne s'agit pas du choix privilégié par les médecins.

Tout cela n'a cependant pas empêché la Ministre d'annoncer, d'ores et déjà, une diminution de 10% du remboursement des médicaments biologiques délivrés en hôpital pour lesquels il existe une alternative biosimilaire.

LA BELGIQUE À LA TRAÎNE?

On l'a dit, les biosimilaires sont davantage prescrits dans le reste de l'Europe. Est-ce à dire pour autant que la Belgique est en retard?

La réponse à cette question n'est pas aussi simple qu'elle semble le paraître au premier coup d'œil.

En effet, l'accroissement des ventes varie en fonction des différents pays de l'UE ainsi que selon les catégories de produits considérés, ce qui indique que la dynamique de marché diffère pour chaque catégorie de produits.

Ces variations peuvent principalement s'expliquer par les différences entre les systèmes de santé ou encore les structures et les processus de soins des différents États membres de l'UE.

VARIABILITÉ ET RÉTICENCES

Ces médicaments présentent, en raison de leur nature complexe et de leurs méthodes de production, un certain degré de variabilité naturelle.

Dès lors, bien que leur mise sur le marché n'intervienne qu'après des tests assurant une comparabilité stricte avec le médicament de référence en termes de qualité, d'efficacité et de sécurité d'utilisation, cette variabilité engendre des réticences chez certains médecins.

Par ailleurs, la substitution d'un médicament de référence par un biosimilaire en cours de traitement («switch») reste également un choix difficile pour nombre de praticiens. Elle est ainsi généralement mieux acceptée si elle est appliquée dès l'initiation d'un traitement chez un patient dit «naïf».

En outre, contrairement aux médicaments génériques, il ne peut y avoir de substitution automatique du biosimilaire au niveau de la pharmacie. La décision d'autoriser la substitution du médicament de référence par un biosimilaire ressortira toujours, in fine, du médecin prescripteur.

Enfin, outre la perception qu'en ont les médecins, nous avons également pu identifier, comme facteurs susceptibles d'expliquer des percées différentes des médicaments biosimilaires selon les pays, la perception qu'en ont les patients, les conditions d'achat et enfin, les politiques menées par les autorités (remboursement, information, incitants, etc.).

QUI TROP EMBRASSE MAL ÉTREINT...

Une fois encore, santhea a rappelé aux autorités que favoriser le recours à des biosimilaires doit s'envisager dans le cadre d'objectifs de santé publique. Que cela permette par ailleurs de contribuer à la sauvegarde de notre système de santé par un renflouement du budget de la sécurité sociale est évidemment un plus non négligeable. Nous ne saurions cependant cautionner le fait qu'une fois encore, des mesures sont imposées aux institutions de santé sans prendre le temps d'en évaluer l'impact, et qui plus est, en se trompant de cible!

dossier

Les unités neurologiques de long séjour en maison de repos et de soins

Vers un modèle dynamique de prise en charge, à orientations neurologique et psychiatrique, centré sur le résident.

Nombre de personnes âgées hébergées en maison de repos ont besoin de soins adaptés aux pathologies spécifiques dont elles souffrent. Il en va notamment ainsi des patients atteints de sclérose en plaques (SEP), de sclérose latérale amyotrophique (SLA) ou encore de la maladie de Huntington. Depuis 2009, des projets pilotes ont été initiés et financés par l'INAMI afin d'assurer une prise en charge optimale des patients souffrant de ces maladies.

Six projets SEP/SLA et quatre projets Huntington ont ainsi vu le jour. Les maisons de repos reçoivent un financement de l'INAMI pour le programme d'accompagnement de ces patients et elles travaillent en étroite collaboration avec des hôpitaux, sur une base conventionnelle.

Suite à la sixième réforme de l'Etat, les entités fédérées sont compétentes en matière de politique menée à l'égard des personnes âgées. Ce transfert de compétence a fait naître des craintes dans le chef des acteurs quant au devenir de ces projets. En effet, une partie du financement est restée dans le giron de l'Etat fédéral et, de ce fait, est toujours inscrite dans le budget de l'INAMI.

Santhea a été amené à faire un certain nombre de constats quant aux besoins spécifiques de ce type de patients, notamment en termes d'hébergement, d'accompagnement, d'expertise des praticiens ou encore de trajets de soins.

Un nouveau modèle d'organisation et de financement de ce type de lits pourrait non seulement améliorer l'accompagnement de ces patients au sein des structures résidentielles, mais également rendre le modèle d'accompagnement plus efficient.

Pour ce faire, nous souhaitons que soient créées des unités neurologiques d'hébergement long séjour de 15 personnes, qui seraient localisées

dans une maison de repos et de soins mais gérées en tant qu'unité spécifique, avec leur propre personnel et projet d'accompagnement. Ces unités seraient en outre intégrées dans un circuit de soins, en collaboration avec un hôpital (centre d'expertise) qui assurerait la présence régulière d'équipes sur le terrain.

Par ailleurs, garantir l'ancrage local ne pourrait se faire sans une programmation de « lits neurologiques » via une vingtaine d'unités de 15 patients réparties équitablement sur tout le territoire de la région considérée.

Un financement spécifique devra bien sûr être octroyé aux institutions concernées et l'on pourrait s'inspirer à cet égard des modalités de financement actuelles des projets pilotes précités.

Cette vision d'avenir de la prise en charge des patients atteints de ces pathologies neurologiques a déjà été présentée au cabinet du Ministre wallon de la santé.

Dans le cadre de toutes ces réflexions, santhea a organisé en novembre 2016, une rencontre entre les acteurs de terrain (médecins, infirmiers, soignants, directeurs de maison de repos, fonctionnaires de l'INAMI et de l'AViQ, ...) qui s'est traduite en échanges fructueux entre les participants. En outre, la visite d'une unité neurologique de 30 patients à Aix-la-Chapelle a permis de mieux cerner la structure organisationnelle de ce type d'institution. De nombreux aspects de ce nouveau modèle de prise en charge doivent encore être explorés si l'on veut continuer cette quête perpétuelle des meilleurs soins possibles, en phase avec les besoins réels des patients. Nous poursuivrons dès lors le travail entrepris, qui n'aurait pas été possible sans l'implication et l'expertise de nos affiliés.



dossier

Comment structurer au mieux l'offre de service en santé mentale pour répondre aux besoins de la population et sur quel territoire?

Les acteurs de terrain et leurs représentants ont investi beaucoup d'énergie et d'espoir dans la concertation ouverte entre les autorités et le secteur. Cette concertation aura permis de faire remonter les questions concrètes qui se vivent au quotidien et de formuler des propositions pour donner toute son ampleur à la réforme tout en respectant mieux les contraintes auxquelles sont confrontés les acteurs au quotidien. Nous espérons maintenant que ces recommandations pourront être entendues et suivies d'effet.

L'offre actuelle de soins de santé mentale n'est ni suffisante, ni suffisamment bien répartie pour couvrir les besoins en soins croissants dans l'ensemble du pays, et ce, alors même qu'en dépend la qualité de la prise en charge des patients en souffrance.

Un accès rapide à l'offre de soins appropriée constitue pourtant une plus-value évidente: il peut parfois permettre de prévenir une dégradation de la situation du patient et de lui éviter ainsi une prise en charge plus lourde.

La question de l'organisation territoriale des soins de santé mentale est complexe: il nous faut prendre en compte une grande quantité de variables, telles que l'offre de services existante, la densité de la population, la superficie à couvrir, les moyens de transports disponibles ainsi que les habitudes de vie et de déplacement des habitants.

Une réforme de la santé mentale a été entreprise par les autorités, et dans ce cadre-là, cinq «fonctions» ont été identifiées comme étant de nature à assurer une offre de services complète et adaptée. Ainsi doivent être pris en compte la prévention et la promotion des soins en santé mentale, les traitements ambulatoires intensifs des problèmes psychiques aigus ou chroniques, la réhabilitation via la réinsertion et l'inclusion sociale, l'offre de soins hospitaliers pour une prise en charge intensive des problèmes psychiques aigus et chroniques, et enfin, l'offre de logements spécifiques lorsque les possibilités d'intégration sociale sont réduites.

Ces cinq fonctions sont complémentaires et interdépendantes. Pour sortir d'une phase de prise en charge intensive, le patient a besoin d'un soutien effectif pour sa réinsertion et son logement.

Les services qui composent chacune de ces cinq fonctions gagnent à s'organiser sur des territoires de taille adaptée à la nature des prestations qu'ils offrent. Un travail de prévention peut, par exemple, se faire à l'échelle d'une communauté linguistique alors qu'une intervention aiguë pourrait nécessiter de se rendre rapidement au domicile du patient.

Une des pierres d'achoppement qui pave le chemin menant à une meilleure structuration de l'offre de soins est la divergence de positionnement des différents niveaux de pouvoirs compétents : ils n'ont en effet pas toujours les mêmes priorités, ne disposent pas des mêmes moyens financiers, voire ne s'impliquent pas de la même manière dans le développement des cinq fonctions nécessaires à cette réforme.

La concertation organisée au sein de la conférence interministérielle ne permet visiblement pas d'aboutir à un engagement réciproque de chaque entité à développer de façon concomitante chacune des cinq fonctions à la hauteur des besoins constatés, ce qui déçoit les attentes pourtant mesurées des acteurs de terrain, des représentants des usagers et des fédérations.

Notre demande de mise en place d'une concertation structurelle avec les fédérations a cependant été entendue : un organe de concertation sur la réforme de la psychiatrie adulte a été créé par les autorités et décision a été prise, dans la foulée, de se pencher prioritairement sur les questions relatives aux territoires, aux équipes mobiles et à la fonction médicale.

DE L'IMPORTANCE DE PRÉSERVER LA LIBERTÉ DE CHOIX

En Belgique, le patient dispose d'une liberté de choix quant à l'institution ou au prestataire de soins auquel il confie sa santé. Les autorités se doivent de prendre en considération les enseignements de la pratique : plus que les découpages administratifs de territoires, ce sont les habitudes de vie des citoyens et autres éléments qu'il est difficile de standardiser, qui sont prépondérants dans le choix du patient.

En ne donnant pas au secteur la latitude nécessaire pour s'organiser en fonction des besoins de soins constatés de manière pragmatique, les autorités porteraient, de facto, atteinte à cette liberté.

Enfin, à l'heure où la Ministre fédérale de la Santé publique exprime sa volonté de passer dans une phase d'extension et d'intensification de la réforme de la psychiatrie adulte, il est plus que nécessaire de faire le point, pour chacune des cinq fonctions, sur l'offre de service complémentaire à étendre ou à développer et sur le niveau auquel la développer.

Le désinvestissement financier des autorités de la santé mentale nous incite à réinventer la dynamique du secteur en conjuguant, plus que jamais, nos forces, pour que la réforme aille bien dans le sens d'une meilleure dispensation des soins de santé mentale, pour tous et partout.

Une vision politique de santé publique est évidemment indispensable pour consolider les initiatives du terrain qui vont dans ce sens.



dossier

Le financement du Dossier Patient Informatisé

Un coup d'accélérateur donné à l'implémentation du DPI dans l'ensemble des hôpitaux, par l'injection de 40 millions supplémentaires en base annuelle dans le Budget des Moyens Financiers, et l'adoption d'un modèle progressif par étapes, le Belgian Meaningful Use Criteria «BMUC».

UN DPI POUR TOUS LES HÔPITAUX

La Ministre fédérale de la Santé publique entend voir tous les hôpitaux implémenter un Dossier Patient Informatisé («DPI») intégré en leur sein d'ici fin 2018 et, à cette fin, lance dès le 22 avril 2016, par voie de circulaire, un «programme accélérateur» visant à faire évoluer progressivement les systèmes IT des hôpitaux vers ce DPI entièrement intégré.

Le degré d'implémentation du DPI sera évalué sur base de critères, les «Belgian Meaningful Use Criteria (BMUC)», qui correspondent à une approche purement fonctionnelle: un certain nombre de fonctionnalités sont requises et doivent être implémentées et cette implémentation conditionne la reconnaissance de l'existence d'un DPI intégré, et son financement.

Par ailleurs, afin de répondre à l'un des objectifs majeurs du projet –le «Clinical Decision Support»–, les hôpitaux doivent prendre en compte, dès le départ, une structuration et une codification systématiques des données. Enfin, le DPI doit s'inscrire dans le cadre de la plate-forme eHealth et soutenir la collaboration extra-muros.

Afin de concrétiser ce «programme accélérateur du DPI» et en particulier ses modalités de financement, l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du Budget des Moyens Financiers des hôpitaux, est modifié à partir du 1^{er} juillet 2016, par un arrêté du 6 septembre 2016 publié le 12 septembre 2016.

BELGIAN MEANINGFUL USE CRITERIA «BMUC»: FONCTIONNALITÉS REQUISES

Une nouvelle annexe (annexe 19) de l'arrêté royal du 25 avril 2002 précité définit ainsi, à partir du 1^{er} juillet 2016, les critères «MEANINGFUL USE» belges (BMUC). Les fonctionnalités du BMUC se subdivisent en fonctionnalités de base (obligatoires) et fonctionnalités de menu:

• **Quinze fonctionnalités de base** constituent la base du DPI intégré, les fondements nécessaires sur lesquels les autres fonctionnalités peuvent être construites. Ces fonctionnalités de base ne sont pas définies de la même manière pour les hôpitaux «aigus»¹ et pour les hôpitaux psychiatriques et spécialisés. Ainsi, dix de ces fonctionnalités sont communes à tous les hôpitaux, tandis que cinq sont spécifiques aux hôpitaux «aigus» et cinq aux hôpitaux psychiatriques et spécialisés.

• **Les fonctionnalités de menu** sont reprises dans une liste non exhaustive, dans laquelle l'hôpital peut faire un choix en

fonction de ses priorités internes. Ces fonctionnalités de menu sont également différentes selon les deux types d'hôpitaux. Toutes ces fonctionnalités ne doivent pas nécessairement être implémentées d'ici la fin 2019, mais l'hôpital doit mettre en œuvre, au plus tard pour fin 2019, deux fonctionnalités de menu au choix parmi celles-ci, en plus des quinze fonctionnalités de base. En outre, certaines fonctionnalités de menu pourraient devenir des fonctionnalités de base ultérieurement.

BMUC HÔPITAUX «AIGUS»

A. FONCTIONNALITÉS DE BASE

1. Identification unique et description du patient.
2. Liste des problèmes qui contient un résumé de l'histoire médicale du sujet et décrit la situation actuelle du patient.
3. Liste des allergies et intolérances.
4. Prescription électronique des médicaments.
5. Interaction entre médicaments.
6. Registre électronique d'administration des médicaments.
7. Module de planning des soins infirmiers.
8. Planning des rendez-vous.
9. Saisie électronique des demandes d'examens pour l'imagerie médicale, pour les laboratoires ou les consultations.
10. Lettre électronique de sortie.
11. Enregistrements des paramètres vitaux.
12. Enregistrement du consentement éclairé du patient.
13. Enregistrement des volontés thérapeutiques du patient.
14. Serveur pour consulter les éléments objectifs du dossier patient.
15. Communication automatique avec les HUB's et interactions avec eHealth.

B. FONCTIONNALITÉS "MENU"

- Planification du quartier opératoire.
- Module soins intensifs.
- Systèmes de gestion des données patients.
- Module soins d'urgence.
- Système d'aide à la décision clinique.
- Contrôle avancé des interactions (médicament-allergie, médicament-maladie, médicament-grossesse).
- Prescription de chimiothérapie.
- Localisation fonctionnelle du patient.
- Enregistrement structuré de données médicales.
- Données génétiques.
- Services et applications mobiles de santé (intégration de données de télésurveillance).
- Administration des médicaments en circuit fermé.

1 Nous désignerons sous ce vocable les hôpitaux non psychiatriques, à l'exclusion des hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, T ou K.

A. FONCTIONNALITÉS DE BASE

1. Identification unique et description du patient.
2. Liste des problèmes qui contient un résumé de l'histoire médicale du sujet et décrit la situation actuelle du patient.
3. Liste des allergies et intolérances.
4. Prescription électronique de médicaments.
5. Interaction entre médicaments.
6. Registre électronique d'administration des médicaments.
7. Lettre électronique de sortie.
8. Enregistrement du consentement éclairé du patient.
9. Enregistrement des volontés thérapeutiques du patient.
10. Communication automatique avec les HUB's et interactions avec eHealth
11. Enregistrement et échange d'informations multidisciplinaires.

12. Gestion du plan de traitement interdisciplinaire et des tâches de chaque discipline par le DPI.
13. Enregistrements des isolements.
14. Enregistrement des observations du patient.
15. Intégration des résultats des études qui sont demandées en interne, mais effectuées à l'extérieur.

B. FONCTIONNALITÉS "MENU"

- Evaluation régulière de l'état des patients en utilisant des instruments standardisés.
- Possibilité pour le patient d'ajouter directement des données au DPI qui ont un impact sur le traitement pendant l'hospitalisation.
- Médecins de garde en dehors de l'hôpital peuvent accéder au dossier du patient et prescrire des médicaments.
- Planification de la thérapie pour le patient.
- Mesures restreignant la liberté physique, autre que l'isolement.

Le déploiement des quinze fonctionnalités de base est étalé dans le temps, en quatre étapes définies, dans le modèle annexé à la circulaire reçue par les hôpitaux, en pourcentages d'accomplissement pour chacune des quinze fonctionnalités (quatre «stades», avec un objectif final d'atteinte à 98%, excepté pour certains cas spécifiques). Le nouveau mécanisme de financement prévoit qu'à partir de 2019, l'implémentation des fonctionnalités telle que décrite à l'étape 1 («stade 1») constituera une condition obligatoire pour l'obtention de la partie «accélérateur» du budget.

MÉCANISME DE FINANCEMENT

L'article 61 de l'arrêté du 25 avril 2002 précité, tel que rétabli dans une nouvelle rédaction par l'arrêté du 6 septembre, décrit les modalités de financement en soutien au déploiement du Dossier Patient Informatisé.

Une enveloppe annuelle de 56,3 millions€ est dédiée à partir du 1^{er} juillet 2016, au financement du DPI: 47,3 millions€ pour les hôpitaux «aigus» et 9 millions€ pour les hôpitaux psychiatriques et spécialisés. Ces 56,3 millions € sont issus d'une part de la redistribution du budget annuel de 16,1 millions€ injecté dans le BMF dès 2008 (en sous-partie A1 à l'époque) et supposé «*prioritairement affecté à l'informatisation du volet infirmier du dossier patient*», et de l'ajout d'une enveloppe annuelle supplémentaire de 40,2 millions€ à partir de 2016.

Nous décrivons ci-après les modalités de répartition du budget annuel de 47,3 millions€ entre les hôpitaux «aigus» à partir du 1^{er} juillet 2016. Les modalités de répartition du budget annuel de 9 millions€ entre les hôpitaux psychiatriques et spécialisés sont équivalentes, mutatis mutandis. A noter qu'en sus du budget récurrent national annuel de 56,3 millions€ à partir du



1^{er} juillet 2016, un budget «one shot» de 20,1 millions€ a été distribué au second semestre 2016 à tous les hôpitaux, selon les mêmes modalités de répartition.

1. Un premier socle, identique par hôpital, dont l'enveloppe nationale diminue progressivement au fil des ans: 20% du budget total au 1^{er} juillet 2016, 15% au 1^{er} juillet 2017, 10% au 1^{er} juillet 2018 et 5% au 1^{er} juillet 2019.

2. Un second socle, par lit justifié (ou lit agréé pour les indices hors système des lits justifiés), dont l'enveloppe nationale diminue aussi progressivement au fil des ans: 25% du budget total au 1^{er} juillet 2016, 20% au 1^{er} juillet 2017, 15% au 1^{er} juillet 2018 et 10% au 1^{er} juillet 2019.

Pour conserver ces deux budgets socles, les hôpitaux doivent respecter les conditions de transmission de toutes leurs données (telles que prévues à l'article 55, §1^{er} de l'arrêté du 25 avril 2002: FINHOSTA, statistiques annuelles, RHM, RPM, UREG, ...), sous peine de récupération dans un BMF ultérieur et redistribution des moyens ainsi récupérés entre les autres hôpitaux.

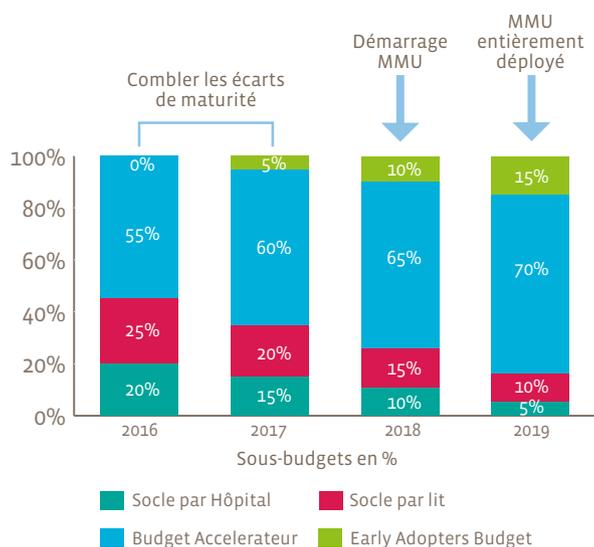
3. Un budget «Accélérateur», dont l'enveloppe nationale, au contraire, croît progressivement au fil du temps: 55% du budget total au 1^{er} juillet 2016, 60% au 1^{er} juillet 2017, 65% au 1^{er} juillet 2018 et 70% au 1^{er} juillet 2019. Chaque année, pour bénéficiaire de ce budget, l'hôpital doit avoir atteint certains objectifs prédéfinis:

- 3.1 Pour le budget 1^{er} juillet 2016: envoyer à l'adresse e-mail ehhealthcare@health.belgium.be, pour le 30 septembre 2016, un plan d'approche décrivant les mesures que l'hôpital va prendre pour implémenter et utiliser effectivement un DPI intégré pour le 1^{er} janvier 2019.
- 3.2 Pour le budget 1^{er} juillet 2017: avoir, avant le 30 juin 2017, soit conclu un contrat avec un fournisseur de logiciels pour la mise en œuvre d'un DPI intégré qui répond aux critères définis dans les BMUC dont il fournit une copie au SPF Santé publique, soit, dans l'hypothèse où l'hôpital choisit de mettre en œuvre son DPI en interne, fourni au SPF précité des pièces justificatives concrètes permettant d'évaluer le résultat final défini dans la feuille de route.
- 3.3 Pour le budget 1^{er} juillet 2018: avoir déterminé, au 1^{er} janvier 2018, une date de mise en œuvre de son DPI intégré et avoir établi une feuille de route indiquant les dates d'implémentation des quinze fonctionnalités de base décrites dans le BMUC. L'hôpital est financé, au 1^{er} juillet 2018, au prorata du nombre des quinze critères atteints du BMUC, au 1^{er} janvier 2018, étant entendu qu'un critère atteint ouvre le droit à 1/15 du financement.
- 3.4 Pour le budget 1^{er} juillet 2019: respecter tous les critères définis dans le stade 1 du BMUC au 1^{er} janvier 2019.

Le budget «Accélérateur» est issu de la répartition entre les hôpitaux, des enveloppes nationales y dédiées, au prorata d'un nombre de points dépendant du nombre de lits justifiés (agréés) des hôpitaux qui répondent aux conditions requises, avec récupération le cas échéant auprès des hôpitaux qui n'y répondraient pas et redistribution sur les autres.

4. Un budget «Early Adopter», dont l'enveloppe, croît aussi progressivement au fil du temps: 0% du budget total au 1^{er} juillet 2016, 5% au 1^{er} juillet 2017, 10% au 1^{er} juillet 2018 et 15% au 1^{er} juillet 2019. Chaque budget annuel est réparti entre les hôpitaux selon des modalités à définir par la Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions. Ce budget est destiné à être concentré sur un petit nombre d'hôpitaux qui auront atteint le stade 1 avant le terme prévu, et déjà avancé vers les stades ultérieurs, avant les autres hôpitaux.

Le financement, évolutif, peut se schématiser comme suit :



UN ACCUEIL GLOBALEMENT POSITIF DU SECTEUR, NUANCÉ DE CERTAINES RÉSERVES

Consultée par la Ministre, la Section Financement du Conseil National des Etablissements Hospitaliers (CNEH) a remis un avis le 14 avril 2016, complété d'un avis complémentaire le 12 mai 2016, concernant le mécanisme de financement envisagé. Tout en soutenant globalement le projet, ces avis, auxquels santhea a largement contribué, listent néanmoins toute une série de remarques quant aux modalités d'application du système proposé. Signalons en particulier :

- des réserves émises en ce qui concerne le niveau d'intégration demandé à terme, les conditions d'implémentation (définition des fonctionnalités, exigences contractuelles avec les fournisseurs, ...), le timing ambitieux et le financement proposé en regard des coûts réels attendus et/ou déjà constatés. Afin d'en tenir compte, différentes précisions et une flexibilité particulière sont demandées, de même qu'une réévaluation des délais pour le BMF de juillet 2017, afin de tenir compte des démarches et de l'état d'avancement des institutions et d'éventuels freins externes à la mise en place du DPI intégré (disponibilité de l'offre sur le marché, délais de développement, coût des solutions disponibles, ...);
- une demande de définition claire de la notion d'intégration, et ce aux différents stades du développement: certaines fonctionnalités ne sont pas encore clairement décrites au moment où les hôpitaux doivent réfléchir à l'implémentation pratique du modèle, les pourcentages d'accomplissement par fonctionnalité restent sujets à interprétations, la validation possible de l'utilisation de différents logiciels interconnectés pour répondre aux fonctionnalités demandées, avec engagement si nécessaire auprès de différents fournisseurs informatiques, une situation de quasi-monopole, à éviter, sur le marché des fournisseurs, domestiques ou étrangers, avec une crainte légitime d'un impact à la hausse des coûts de développement déjà conséquents, ...;
- un système qui tend à déforcer les hôpitaux de plus petite taille, ne fût-ce que par la réduction progressive du socle par hôpital, et la croissance des masses distribuées au prorata des lits justifiés. Afin de ne pas négliger la part importante des coûts fixes dans le développement, il importe également d'octroyer une partie (importante et croissante) du budget accélérateur, par hôpital et non par lit (afin de compenser la réduction progressive de la partie fixe du socle par hôpital) pour les hôpitaux qui s'inscrivent dans le développement. En particulier, un hôpital de taille plus petite qui répondrait à tous les critères ne doit pas voir son budget arbitrairement réduit au fil des années (les coûts fixes restant importants);

- une demande de considérer les centres hospitaliers spécialisés (les hôpitaux qui ne disposent que de services G/Sp et A/T/K), tant pour les fonctionnalités indispensables du DPI que pour le financement de ce dernier, en tant qu'hôpitaux généraux et non à les assimiler aux hôpitaux psychiatriques;
- enfin, pour ce qui concerne la vérification des critères 2016, la Section Financement demande, compte tenu des délais, d'octroyer d'office et sans récupération ultérieure, les différents financements 2016, dès lors que l'hôpital aurait bien renvoyé le questionnaire standard du SPF complété, et ce quel que soit le degré d'avancement de la réflexion interne vers le DPI intégré. Le vaste Plan mis en œuvre et sa priorité sont clairement perçus par les hôpitaux et une souplesse à court terme permettrait aux retardataires éventuels d'y accorder toute l'attention nécessaire.

UNE SESSION D'INFORMATION DU SPF SANTÉ PUBLIQUE

Le 20 mai 2016, le SPF organise une session d'information, au cours de laquelle santhea relaye les préoccupations de ses membres.

Le représentant du Cabinet de la Ministre y exprime clairement qu'il faut considérer que les discussions sont closes, mais qu'il est disposé à éclaircir ce qui ne serait pas suffisamment explicite. Il ne reste donc que très peu de marge de manœuvre, y compris quant aux réserves émises par la Section Financement du CNEH. Tout au plus semble éventuellement envisageable une possible réévaluation ou un recalibrage des ambitions du projet pour les prochaines années sur base des réponses des hôpitaux au questionnaire. En tout état de cause, l'Administration fait part de sa volonté d'accompagner les hôpitaux dans leurs démarches.

Lors de cette session également, des représentants hospitaliers ont exposé leurs expériences respectives en matière d'implémentation d'un DPI hospitalier. Il ressort de ses

témoignages que la démarche requiert beaucoup de temps et un investissement important en termes de management des ressources au sein de l'hôpital. À cet égard, il a aussi été souligné que le budget total des 56 millions€ est totalement insuffisant pour couvrir l'ensemble des coûts induits par le déploiement complet du DPI intégré.

LE DPI PIERRE ANGULAIRE DE LA RÉFORME DU PAYSAGE HOSPITALIER

Si le secteur salue l'initiative du plan accélérateur de l'implémentation du DPI lancé en avril 2016, les moyens dégagés pour ce faire restent trop timides et fortement conditionnés. C'est surtout sur le dynamisme intrinsèque du secteur, déjà fort sollicité, qu'il faut encore compter pour qu'un véritable DPI intégré, permettant les échanges structurés intra et extra-muros, pierre angulaire de la mise en place des réseaux et de la Réforme du paysage hospitalier, puisse être implémenté dans les délais impartis.

dossier

La réforme de l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967, relatif à l'exercice des professions des soins de santé (MB du 14 novembre 1967)

L'arrêté royal n° 78, c'est aussi 70 pages et 47 modifications sur une période de 20 ans, soit entre 1986 et 2016.

Il comporte cinq chapitres dont les deux premiers règlent l'exercice légal et illégal de l'art médical, dentaire, pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier, de la profession de sage-femme, de la profession d'aide-soignante, de la profession de secouriste-ambulancier, de la psychologie clinique, de l'orthopédagogie et des professions paramédicales.

Les trois chapitres suivants traitent des titres et qualifications professionnels particuliers, des commissions médicales, des dispositions pénales et disciplinaires, de la reconnaissance des titres de formation, et des prestations de service temporaires et occasionnelles.

INTRODUCTION

L'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967, *relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales*, a été publié au Moniteur Belge le 14 novembre 1967.

Cet arrêté est devenu par la suite *Loi relative à l'exercice des professions de soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015*. Il énumère les différentes professions de santé et leur prescrit légal. Maintes fois révisé, cet arrêté royal est donc en vigueur depuis près de cinquante ans, chaque nouvelle profession s'ajoutant chronologiquement depuis lors à cette liste, lorsqu'elle fait l'objet d'une structuration légale.

L'accord de gouvernement du 9 octobre 2014 a prévu une réforme des soins de santé selon trois piliers.

La Ministre De Block envisage la dispensation de soins de santé en équipes interdisciplinaires, avec des prestataires compétents qui proposeront des soins de qualité, sur mesure, et en collaboration avec le patient. De nombreuses dispositions légales en vigueur actuellement sont concernées par ce projet. Les deux principales sont la Loi du 22 août 2002 relative aux droits des patients et donc, le fameux arrêté 78. L'ensemble formera un nouveau cadre légal qui, selon la Ministre et ses collaborateurs, redessinera le partage des compétences, et garantira des soins de qualité. La publication des textes de base est annoncée à l'horizon 2018.

UNE REFORME LEGALE, POUR DES SOINS DE QUALITE?

A l'évidence, la réforme dont il est question va bien au-delà de quelques modifications de structure de l'arrêté 78, justifiées par l'incohérence et l'illisibilité du prescrit légal, le caractère approximatif du cadastre des praticiens professionnels, basé actuellement sur l'octroi du visa.

On nous parle désormais explicitement de **qualité des soins**, à l'aune d'une collaboration efficace entre les acteurs, et de l'utilisation optimale des moyens disponibles pour diminuer les coûts.

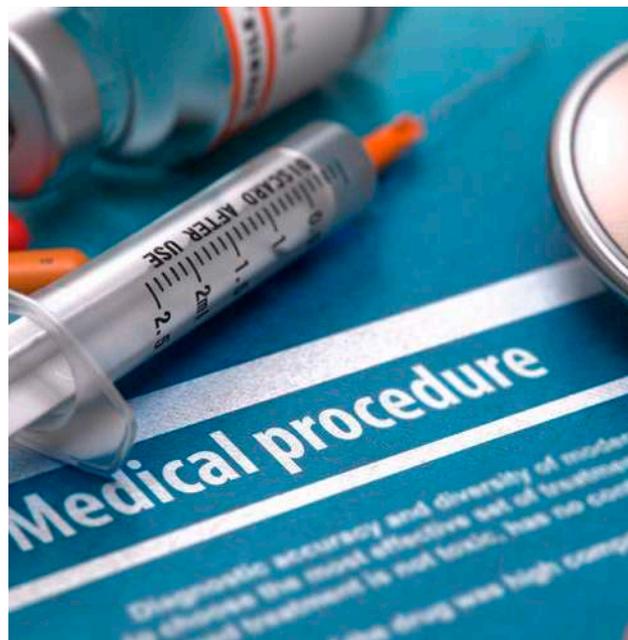
L'accent est mis sur le besoin d'un cadre clair en termes de multidisciplinarité, mais également sur l'importance de l'autonomie et des compétences du personnel des professions des soins de santé, et des professions émergentes.

Sachant que le paysage des soins est en mutation, tant par la variation des besoins des patients, la complexification des soins, dans un contexte où le patient souhaite devenir acteur de sa prise en charge, que par l'évolution de la technologie et des traitements.

La Ministre attire l'attention de tous sur la prise en compte des pathologies chroniques, des soins extra-muros et ce, en concertation avec la première ligne.

Enfin, la dispensation de soins, sur base d'une démarche scientifique de type "evidence-based" sera, à terme, une démarche de travail incontournable.

Les soins seront axés sur le patient, dans un climat de confiance, avec un souci constant de préservation de la qualité de vie, en lien avec la loi du 22 août relative aux droits du patient.



Il est aussi question **d'une réforme approfondie des compétences des praticiens professionnels**, conformément au **principe de «subsidiarité¹»**, avec la correction des «sous» qualifications et/ou des «super» qualifications.

Le patient est placé au centre du débat, avec la garantie d'une relation de confiance, d'une place conforme à ses aspirations, et d'un degré d'autonomie en regard de dispositifs légaux spécifiques².

La réforme s'inscrira également dans le développement et l'intégration de **soins extra hospitaliers**, des réseaux de soins, des activités ambulatoires, avec la prise en compte des **révolutions technologiques** et digitales, et de nouvelles **collaborations** (statisticiens, épidémiologistes, ...).

1 Le **principe de subsidiarité** est une maxime politique et sociale selon laquelle la responsabilité d'une action publique, lorsqu'elle est nécessaire, revient à l'entité compétente la plus proche de ceux qui sont directement concernés par cette action. Ainsi, lorsque des situations excèdent les compétences d'une entité donnée responsable de l'action publique, cette compétence est transmise à l'entité d'un échelon hiérarchique supérieur et ainsi de suite. Le principe de subsidiarité tente de connecter au mieux la prise de décision publique de ceux qui devront la respecter. Destinée à la recherche du niveau hiérarchique pertinent au niveau duquel doit être conçue une action publique, le principe de subsidiarité aboutit presque toujours à alléger le cadre réglementaire et à donner plus d'initiative aux acteurs de terrain.

2 Prescrits légaux de base (AR n°78 – Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient). Dispositions légales spécifiques (Interruption de grossesse, transfusion sanguine, transplantation d'organes, euthanasie, protection de la personne des malades mentaux, procréation médicale assistée, ...).

UNE REFORME LEGALE POUR CORRIGER DES LACUNES

Correction des lacunes de l'arrêté royal n° 78

Devenu parfois illisible et incohérent à force de modifications et d'amendements, l'arrêté présente aussi un certain **amalgame** entre les professions paramédicales, en regard notamment de leurs degrés d'autonomie et du caractère ancillaire et/ou de soutien de leur fonction.

La **structure hiérarchique** des praticiens des soins de santé, est incompatible avec le caractère multidisciplinaire des équipes. Il n'y aurait pas assez de clarté entre les praticiens dont les activités requièrent ou non une prescription médicale. Peu de place serait laissée aux nouvelles professions techniques de santé.

La Ministre et ses collaborateurs plaident en faveur de la réforme des organes d'avis, et de l'évaluation de l'impact de la **réglementation européenne** sur les professions infirmières et de sages-femmes.

Des lacunes sont également dénoncées en ce qui concerne la **qualité et de sécurité** des soins. L'arrêté royal ne prévoirait pas de possibilités de contrôles formels de la qualité et de la performance des praticiens professionnels. La seule possibilité de sanction est le retrait du visa par la Commission médicale provinciale. Les actions sont davantage réactives que proactives. Les soins dispensés sont presque exclusivement des soins aigus, avec un défaut de prise en compte de la qualité de leurs résultats. Désormais, les soins devront être dispensés selon le principe «evidence-based practice», sur base des connaissances scientifiques et de l'expertise clinique, mais ils devront également être orientés vers les pathologies chroniques.

L'accent est également mis sur l'absence d'ordre et d'institution déontologique pour la plupart des professions.

Correction des lacunes de la loi relative aux droits du patient

Le deuxième volet est la réforme de la loi relative aux droits du patients. La loi est jugée insuffisante, et inadaptée aux conceptions actuelles des soins de santé (e-health, ...). La Ministre a également posé la question de son caractère exécutoire, en soulignant que la loi n'est assortie d'aucune sanction, en faisant notamment référence à la transposition dans le droit belge de la Directive européenne «2013/11/eu» pour ce qui concerne les soins de santé transfrontaliers.

LA NOUVELLE LOI

La réforme de l'arrêté royal n°78 vise le remplacement du cadre légal actuel, par plusieurs lois.

On ne parlera donc plus d'arrêté royal n° 78, mais de **Loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015**, qui sera complétée par 2 lois cadres:

Loi cadre relative aux professions de soins de santé, dont les dispositions concerneront la pratique des soins, l'accès aux professions, une nouvelle définition de l'exercice illégal, et l'accompagnement du patient.

Soins intégrés et multidisciplinaires. Le médecin pose le diagnostic, prescrit le traitement et définit le programme de soins avec l'équipe multidisciplinaire (professions générales et profils de compétences). Délégation et contrôle écrits des tâches exécutées.

Accès aux professions sur base d'un trajet uniforme: diplôme (formation de base), agrément, VISA, inscription à l'ordre (s'il existe), domaines de spécialisations. Notions de «piliers de spécialisations»: par souci de simplification, et d'intégration des titres professionnels particuliers (TPP) et des qualifications professionnelles particulières (QPP) actuels.

Exercice illégal. Le concept sera défini de façon plus restrictive. Il concernera le prestataire, et correspondra soit, à un avantage financier direct lié à la prestation de soins, soit à la dispensation de soins sans bénéfice pour la santé du patient.

Un accompagnement de qualité pour les patients. La protection du titre pour toutes les professions, une base de données permanente et actualisée (en résonance avec le contenu de l'article 8 de la loi du 22 août, relative aux droits du patient), et l'accompagnement individuel du patient pour les activités de la vie journalière, sont présentés comme des garanties d'un accompagnement de qualité. Dans ce contexte, l'accent est mis sur la place et le rôle joué par l'entourage du patient. On parle d'aidant proche, qui n'est pas praticien de soins, qui sera considéré comme la personne de confiance du patient, et recevra un statut juridique formel, au sens de la loi coordonnée du 10 mai 2015.

Loi cadre relative à la qualité de la pratique des soins de santé, dont les dispositions traiteront de la loi relative aux droits du patient, du VISA et du dossier patient informatisé.

La pratique de soins de qualité sera garantie par des praticiens identifiés et reconnus, grâce au **VISA**, carte d'identité professionnelle et preuve dynamique de la capacité d'exercice. La qualité des soins de santé est un **DROIT DU PATIENT**, repris à l'article 5 de la loi du 22 août³.

La pratique de soins de qualité est indissociable d'une documentation fiable, via le **Dossier Patient Informatisé**. Cet outil répondra désormais aux principes fondamentaux d'accès direct et sécurisé pour le patient, dans le respect des exceptions thérapeutiques et de la vie privée. L'accent est également mis sur le contenu minimum du dossier, et le partage des données entre prestataires.

La loi est associée à la réforme des organes d'avis et plus particulièrement à la création de deux Conseils. Dans l'esprit de la loi, un des conseils sera dédié aux praticiens, et le second à la pratique des soins de santé.

La Commission fédérale des droits du patient, les Commissions médicales provinciales et le Conseil fédéral pour la qualité de l'activité infirmière seraient réunis au sein du Conseil relatif aux pratiques de soins. Ce Conseil sera doté de chambres d'avis et de contrôle, ainsi que de liaisons fonctionnelles avec des instances telles le KCE, l'INAMI, le Conseil des professions des soins de santé et les Instituts de qualité des entités fédérées.

³ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

En réalité, si la coordination du 10 mai 2015 n'a pas fondamentalement changé le fond de l'arrêté original, les réformes annoncées aujourd'hui par la Ministre vont bien au-delà de celui-ci, et prétendent modifier en profondeur tout le cadre de dispensation des soins.

Dans ce contexte, on peut douter que le gouvernement fédéral dispose de tous les leviers pour mener ce bouleversement à bien, notamment en raison du transfert des compétences, relatives à cette matière, aux entités fédérées dans le cadre de la 6^{ème} réforme de l'Etat.

La réforme propose un nouveau cadre légal, une législation innovante, mais se base sur des principes déjà bien connus : les actuels prestataires de soins dispensent déjà des soins sur mesure, de qualité, en raison de leurs expertise et compétence. Ils travaillent en outre, au sein de structures de santé, sous la houlette d'une hiérarchie fonctionnelle.

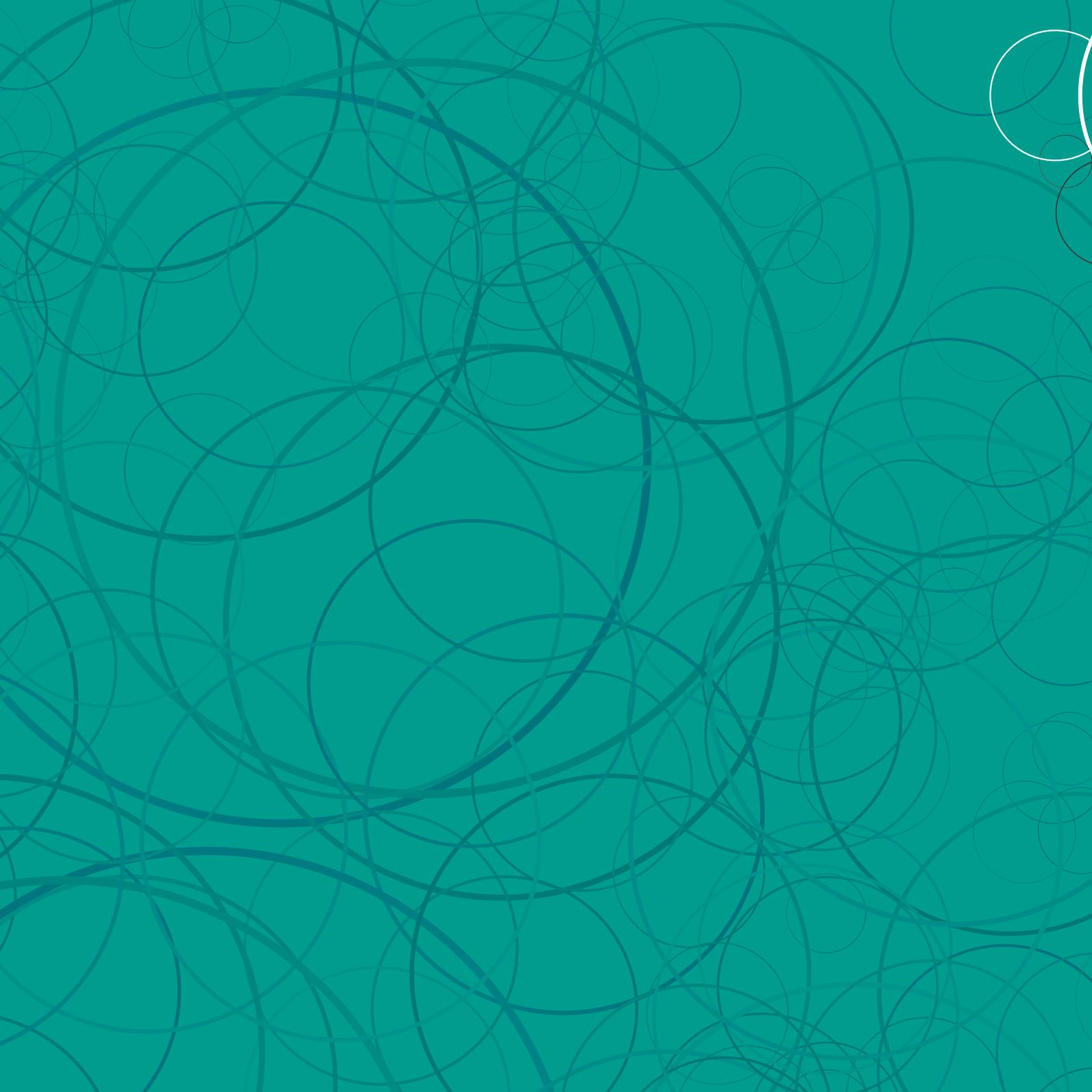
Ils ne travaillent cependant hélas pas toujours dans des conditions optimales, en raison du niveau des moyens disponibles. Les nombreuses lacunes en cette matière pourraient être corrigées, au même titre que les prescrits légaux cités, par un mode de financement plus adapté et transparent. La Ministre s'est émue de l'ancienneté de cet arrêté n°78, cinquantenaire. Nos affiliés fustigent régulièrement les normes d'encadrement des effectifs, plus que trentenaires. Mais suffit-il de rédiger une nouvelle loi pour en faire un texte moderne et cohérent?

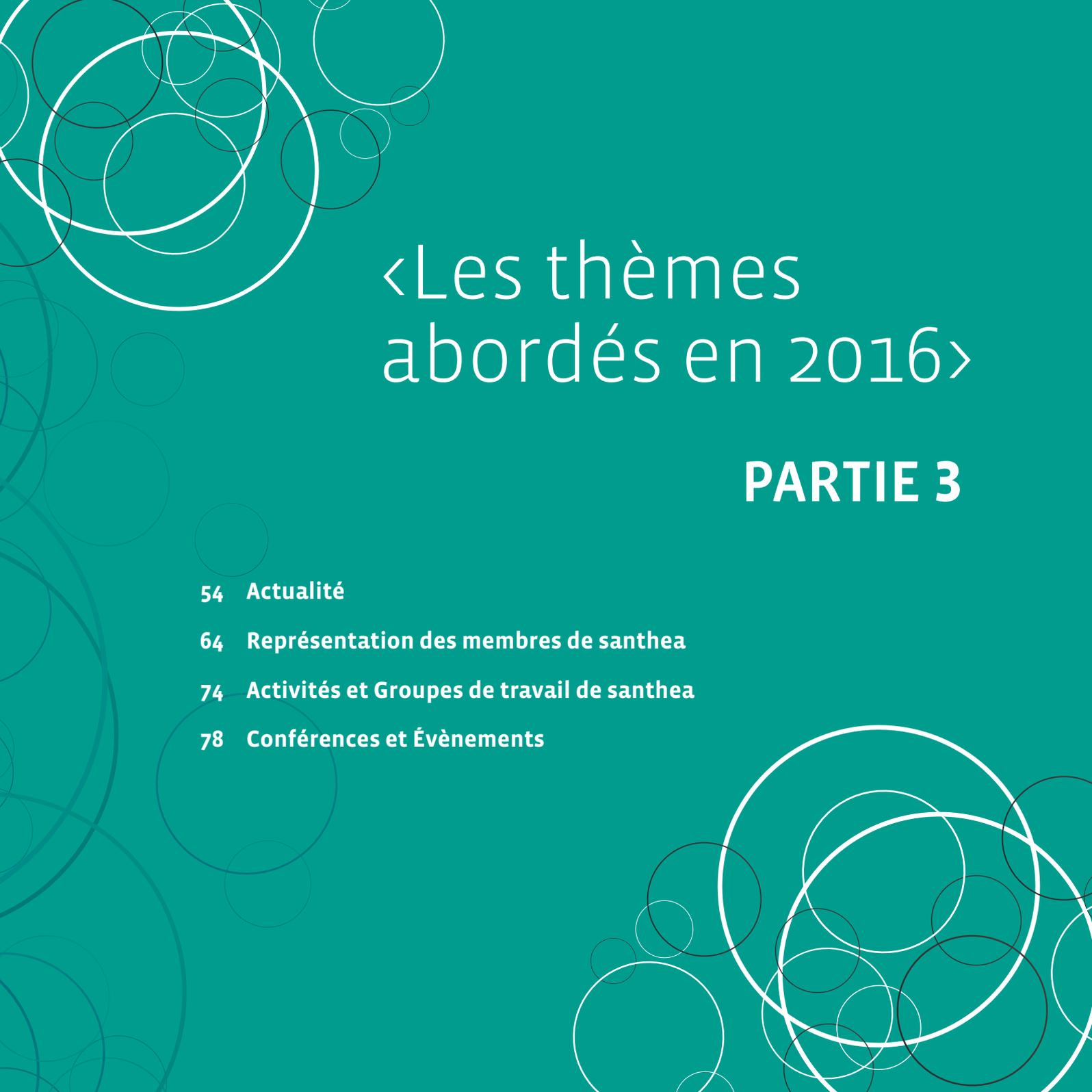
On peut par exemple saluer l'accent mis sur la compétence des praticiens professionnels, mais regretter le manque d'attention de la Ministre sur un pourcentage plus conséquent du financement de la formation.

Les défauts, lacunes et autres insuffisances, pointés à l'envi, trouveront-ils des réponses adéquates au travers de cette grande réforme?

Santhea est attentif aux suites qui seront réservées à tout ceci, et en informera ses membres systématiquement et régulièrement.







«Les thèmes abordés en 2016»

PARTIE 3

54 **Actualité**

64 **Représentation des membres de santhea**

74 **Activités et Groupes de travail de santhea**

78 **Conférences et Évènements**

Actualité

Accord médico-mutualiste 2016/2017

Le 22 décembre 2015, la Commission nationale médico-mutualiste a conclu un accord pour les années 2016 et 2017 (il sera toutefois remis en cause pour 2017 !). Les lignes de force de cet accord sont et tournent autour du rôle central du médecin généraliste, l'approche de soins intégrée, la continuité des soins, l'efficacité de ces soins, mais aussi et avant tout l'accessibilité pour les malades. Le non octroi de la masse d'index contribue à l'effort demandé pour le Gouvernement. C'est ainsi que pour les honoraires des médecins, cet effort se monte à 48,827 millions d'€ et par voie de conséquence directe un effort pour les hôpitaux puisque la rétrocession s'en ressent. Une économie d'un montant net de 20 millions d'€ sera réalisée dans le secteur de la biologie clinique dans le courant de 2016, économie qui sera affectée à la valorisation d'un certain nombre d'honoraires. Le gel de l'indexation a toutefois été assorti d'exceptions. En outre, un montant est prévu pour l'instauration d'un supplément d'urgence aux honoraires pour les accouchements naturels y compris le surcoût éventuel pour l'anesthésie (7 millions d'€).

Convention biosimilaires

Ayant identifié dans les médicaments biologiques biosimilaires un poste d'économies potentielles dans le secteur des soins de santé, le Gouvernement et plusieurs acteurs du secteur ont signé, début 2016, une « convention biosimilaires » posant le cadre permettant à terme de promouvoir de façon conséquente leur prescription. Ces médicaments étant très majoritairement délivrés par les officines hospitalières, la convention exerce son impact principalement sur les hôpitaux

alors qu'elle n'a en réalité jamais été discutée au préalable avec des organes réellement représentatifs de leurs établissements. Santhea a donc estimé à juste titre qu'il fallait suivre au plus près ce dossier sensible. Dans cette optique, plusieurs de ses conseillers ont participé, à partir de juin 2016, à des réunions organisées à l'INAMI et au Cabinet de la Ministre dans le but de défendre la vision hospitalière face à celle, unilatérale, des autorités.

Arrêté royal Budget des Moyens Financiers

Santhea diffuse plusieurs fois l'an une coordination officieuse relative à l'arrêté royal du BMF dans le but d'en détailler le contenu de façon claire à ses membres.

La première coordination diffusée en 2016 a été publiée en février au sujet de l'arrêté royal du BMF au 1^{er} juillet 2015, celle-ci étant accompagnée d'une note explicative. Parmi les différentes mesures détaillées, citons une adaptation de la liste des codes INAMI exploités pour le financement supplémentaire des soins intensifs et l'injection d'un budget supplémentaire pour les projets pilotes en santé mentale concernant les enfants et les adolescents.

L'exercice a été reproduit fin mai lors de la publication au Moniteur belge des dispositions relatives au calcul du BMF au 1^{er} janvier 2016. Cette nouvelle coordination intègre l'abrogation de certaines dispositions en sous-parties A1 et A3 du BMF ainsi que quelques dispositions transitoires en la matière introduites par les entités fédérées en vertu de leurs nouvelles compétences. Entre autres mesures introduites par l'arrêté royal, citons le remplacement de la mesure d'économie 2015 « Maternités » de -18,7 millions d'€ par une « mesure d'effort

budgétaire» en 2016, au prorata du nombre total de lits agréés, ainsi que la diminution de la sous-partie B3-800 censée financer les frais de fonctionnement du Petscan de 264.815,54€ à 90.000€ au 1^{er} janvier 2016, le différentiel étant supposé couvert par les nouveaux forfaits INAMI créés au 1^{er} janvier 2016. Des adaptations sont également apportées à l'arrêté royal du BMF en sous-partie B4 concernant les études pilotes.

Une troisième publication a été diffusée en octobre suite à la publication des dispositions relatives au calcul du BMF au 1^{er} juillet 2016, trois arrêtés royaux modifiant l'arrêté royal du BMF. Les principales nouvelles mesures concernent l'inclusion d'un nouveau financement du Dossier Patient Informatisé (DPI), l'arrêt totalement arbitraire de l'évolution progressive vers le nouveau système de financement des urgences, des modifications au niveau du financement supplémentaire des unités de soins par l'intermédiaire des NRG (Nursing Related Groups) et enfin l'introduction d'un nouveau financement relatif aux cotisations de pension des agents statutaires, selon un critère d'attribution en totale contradiction avec l'objectif de la loi du 24 octobre 2011 visant à assurer un financement pérenne des pensions du personnel nommé.

Positionnement des «Centres hospitaliers spécialisés» dans le futur paysage des soins de santé : Propositions des fédérations hospitalières à l'attention de la Ministre De Block

Les «Centres hospitaliers spécialisés» se définissent en tant qu'hôpitaux spécialisés dans le diagnostic, le traitement ou la revalidation de populations-cibles spécifiques. Ceux-ci ne disposent pas de lits C, D, E ou M, mais bien de lits d'indice Sp et pour certains de lits G, combinés avec des lits psychiatriques A, K et/ou T. Ils représentent l'un des maillons clés d'une chaîne continue d'offre de soins aux patients telle qu'elle est décrite dans le Plan d'approche de la Ministre De Block. Ils se démarquent déjà aujourd'hui par leurs multiples collaborations avec les autres acteurs de soins et souhaitent aussi s'intégrer

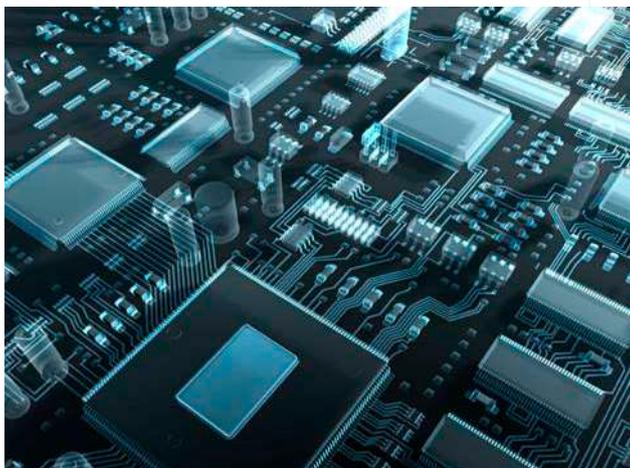
dans les futurs réseaux hospitaliers, en tant qu'hôpitaux à part entière au sein du statut d'hôpital général. Ces centres sont demandeurs de participer aux éventuels projets pilotes autour des réseaux hospitaliers, en étroite collaboration avec les hôpitaux dit «aigus».

En mars, les responsables de cinq de ces centres ont réuni un groupe de travail dont l'objectif a été de définir leur positionnement dans le futur paysage des soins de santé. Ce travail, réalisé avec l'aide de leurs fédérations hospitalières respectives, dont santhea, a permis la transmission d'une note à la Ministre De Block dès le mois d'avril.

Amélioration de la concertation multidisciplinaire dans le cadre d'une politique de soins médico-pharmaceutique dans les MRPA et les MRS

En 2016, un Comité d'accompagnement a été mis en place par l'INAMI avec comme objectif d'améliorer la concertation interdisciplinaire dans la gestion des médicaments. Les travaux de ce comité, auquel santhea a participé, ont été poursuivis en cours d'année sous la forme d'une étude menée par une équipe universitaire (Come.on: Collaborative approach to Optimise Medication use for Older people in Nursing homes).





Développement du **Datawarehouse de santhea**

▪ **Amélioration de notre module «Lits»: Injection de données «Lits agréés» en juillet.** Jusqu'à présent, le module «Lits» du Datawarehouse, fournissant l'évolution du nombre de lits (agréés et justifiés) de tous les hôpitaux du pays, ne renseignait les lits agréés qu'au 1^{er} janvier de chaque année (et ce depuis 2005). Le travail du Département Études & Qualité de santhea (DEQ), en charge du Datawarehouse, a rendu à présent possible la mise à jour de cette information au 1^{er} juillet de chaque année. Cette mesure permet de mieux prendre en compte les fusions d'hôpitaux mais également de croiser de façon plus pertinente ces données avec celles d'autres matières lorsqu'il s'agit par exemple de calculer un nombre d'ETP par lit agréé.

▪ **Développement d'un «Operational Data Store» (ODS): Accès plus souple aux données.** Auparavant, l'accès aux données passait systématiquement par des bases structurées (ou «Cubes») requérant un travail important de validation. En 2016, l'équipe a mis au point une nouvelle méthode plus réactive d'accès à l'information présente dans le Datawarehouse. Identifiée sous le nom d'«Operational Data Store» (ODS), la procédure permet d'extraire directement des données sous forme de tables non-structurées. L'accès aux

données pour l'équipe du DEQ étant simplifié, il est désormais plus aisé de vérifier la structure des données envoyées par les hôpitaux, de faire du reporting directement sur celles-ci ou encore de répondre à des questions ponctuelles en utilisant toutes les données disponibles.

▪ **Mise à jour du module «Institutions»: Fédérations & Régionalisation.** Comme chaque année, notre module «Institutions» a été mis à jour en fonction des derniers mouvements de nos institutions (principalement des fusions), identifiés grâce aux fichiers «Prix de la journée» de l'INAMI et «Lits agréés» du SPF-SP. Depuis cette année, il est possible d'associer chaque institution à sa/ses fédération(s) hospitalière(s), ou la dernière connue en date du moins. En croisant cette information avec celle de notre module «Lits», il nous est à présent possible de connaître la répartition des lits par fédération en répartissant de façon égale les lits des institutions doublement affiliées. Les fichiers «Prix de la journée» incluent de plus une spécificité depuis janvier 2016: les prix sont scindés en une partie régionale et une partie fédérale suite à la régionalisation des sous-parties A1 et A3 du BMF. Ce nouvel aspect a ainsi dû également faire l'objet d'une adaptation de notre base de données.

▪ **Développement d'un nouveau module «Aînés»: Diversification du Datawarehouse.** L'évolution démographique dans un contexte de raccourcissement des phases aigües et de développement de l'extra-muros et des structures d'accueil et d'hébergement des aînés, mais aussi la 6^{ème} réforme de l'Etat, font du secteur des maisons de repos un secteur prioritaire pour santhea qui en rassemble également un certain nombre. Dans le but d'élargir le nombre de décideurs concernés par les travaux du Département Études & Qualité, santhea s'est attelé en 2016 au développement d'une série d'indicateurs financiers stratégiques centrés sur les maisons de repos et maisons de repos et de soins qui seront à terme mis à la disposition des membres concernés.

Règlement européen sur les dispositifs médicaux

Un nouveau règlement européen concernant les dispositifs médicaux est attendu en 2017. En l'absence du document définitif, il est d'ores et déjà possible de se faire une idée sur les changements principaux qui vont être introduits. La définition même d'un dispositif médical est élargie et l'accent est mis sur l'amélioration des standards de sécurité aussi bien pour le patient que pour les professionnels de la santé, en faisant peser plus d'exigences sur les producteurs de dispositifs. Concernant plus particulièrement les établissements de soins de santé, les règles de réutilisation des dispositifs médicaux à usage unique ne sont pas fortement modifiées, laissant une grande liberté de décision en la matière aux états membres. Quoi qu'il en soit, santhea restera vigilant quant à l'impact éventuel de ce nouveau texte sur ses affiliés et les tiendra informés dès sa publication officielle.

Dossier Patient Informatisé (DPI)

Le plan accélérateur voulu par la Ministre De Block pour favoriser l'implémentation d'un DPI fonctionnel dans l'ensemble des hôpitaux d'ici fin 2018 est rapidement apparu comme un enjeu majeur pour les institutions de soins concernées. Soucieux de réaliser un suivi pertinent, santhea s'est rendu aux séances d'information organisées par l'Administration et a diffusé tout au long de l'année une série de notes récapitulatives sur le sujet à l'attention des membres. Celles-ci ont permis de mettre en lumière les détails du plan, ses aspects juridiques, son financement à travers le BMF, les échéances à respecter mais également de transmettre les réponses de l'Administration à une série de questions posées au préalable par nos institutions sur le sujet et centralisées par santhea. Ayant évalué à l'automne la situation de chaque institution et identifié des difficultés majeures dans ce dossier, l'Administration s'est de son côté décidée à apporter un soutien avec l'aide des représentants du secteur. En effet, au vue des échéances et des pénalités menaçant les hôpitaux en cas de retard dans le développement

du DPI, il s'est avéré primordial qu'aucun de nos membres n'accuse un faux départ. Un questionnaire fût dès lors élaboré avec l'Administration et d'autres fédérations pour identifier les principaux besoins des institutions de soins en matière de soutien dans ce dossier complexe.

Réforme du droit du travail: Mise en avant auprès du Ministre Peeters de l'intérêt du groupement d'employeurs pour le secteur des soins de santé

Dans le cadre de la réforme du droit du travail initiée par le Ministre fédéral de l'Emploi, Kris Peeters, le groupement d'employeurs a fait l'objet de discussions. Celles-ci avaient trait notamment à la simplification du système et à l'étendue de son accès ainsi qu'à la détermination de la Commission paritaire compétente dans l'hypothèse où les membres du groupement n'appartiennent pas à la même commission. Profitant de l'intention de modifier le système sur certains aspects, santhea a vu là l'opportunité d'écrire au Ministre pour faire part de l'intérêt de ce système du groupement d'employeurs pour le secteur des soins de santé. À l'appui de notre demande, nous avons notamment fait valoir le développement des réseaux de soins en réponse au besoin de transversalité des soins.

Réforme des études infirmières

En 2016, le Parlement de la Communauté Wallonie-Bruxelles a procédé à l'adoption de la Directive 2013/55/UE du Parlement Européen du 20 novembre 2013, relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, et plus spécifiquement de l'infirmier responsable de soins généraux. Bien que le texte doive encore être définitivement approuvé, la question est posée de savoir quel sera l'impact de la réforme sur les deux filières de l'enseignement infirmier belge de plein exercice et de promotion sociale, l'enseignement supérieur qui octroie le diplôme d'infirmier bachelier (gradué), et l'enseignement secondaire qui octroie le brevet d'infirmier hospitalier. Autant d'éléments communiqués en détail aux membres au cours de l'année par l'intermédiaire de notes.

Publication de micro-études «**FOCUS**»: Une nouvelle forme de communication plus réactive

Dans le but de diversifier nos méthodes de diffusion de résultats d'analyses vers les hôpitaux membres de notre fédération, un nouveau format de communication a été mis en place en 2016 par notre équipe, celui-ci prenant la forme de micro-études baptisées «Focus». Publiées à un rythme se voulant trimestriel, ces brèves analyses de quatre pages A4 nous permettent de rebondir rapidement sur des thèmes d'actualité ou de répondre de façon plus dynamique à des requêtes de nos membres lorsque leur intérêt se centre sur une matière en particulier. Quatre Focus ont été publiés en 2016 en mai, juin, septembre et décembre. Le premier Focus s'est centré sur les données de notre module «Absentéisme», le second sur les données de notre module «Satisfaction Patients», le troisième sur la question de l'évolution des besoins en nombre de lits aigus et le quatrième, enfin, sur un autre de nos nouveaux projets consacré à l'analyse des données ressources humaines de FINHOSTA, celui-ci ayant par ailleurs aussi fait l'objet de rapports en ligne.



Remboursement de nouveaux **implants cardiaques**

De nouveaux implants cardiaques sont désormais remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Il s'agit d'implants pour la valve mitrale (MitraClip), aortique (TAVI pour Transcatheter Aortic Valve Implant) ou pulmonaire. Les deux premiers en particulier ont fait l'objet de longues discussions, auxquelles santhea a participé, concernant les conditions à remplir par les institutions désireuses de procéder à leur implantation. L'implantation de MitraClip fait ainsi l'objet d'une application clinique limitée (ACL) courant jusqu'au 31 décembre 2020. Durant cette période, le dispositif sera évalué suivant des critères précis. Les établissements hospitaliers candidats à l'utilisation de MitraClips ont signé une convention où il leur est notamment demandé de se constituer en réseau. Six réseaux ont ainsi été agréés avec des établissements santhea participant à deux d'entre eux. En ce qui concerne le TAVI, plus d'ACL mais bien toute une série de critères à respecter par les établissements hospitaliers. Huit établissements santhea (dont cinq en réseau) remplissent ces critères et pourront donc procéder à l'implantation du TAVI.

Projet de cadastre des **infrastructures hospitalières wallonnes**

Le Cabinet du Ministre wallon de la santé, en collaboration avec l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) a détaillé cette année les caractéristiques d'un projet de récolte dans les hôpitaux de données indispensables pour l'établissement du cadastre des infrastructures (investissements et amortissements comptables détaillés par année, nature et centre de frais, en ce compris les parties actuellement subsidiées et/ou financées par le BMF). Soucieuse de protéger les intérêts de ses institutions, santhea a émis en octobre et novembre des remarques techniques par rapport au projet.

Adoption de la **loi-programme du 20 décembre 2016** et mesures conservatoires dans le cadre de la réforme des hôpitaux

La fin d'année civile rime généralement avec le dépôt et l'adoption de projets et propositions de lois contenant des dispositions touchant de nombreux domaines. Il s'agit de lois-programmes ou lois portant dispositions diverses. En 2016, une loi-programme a été adoptée le 20 décembre. Celle-ci contenait notamment des dispositions, communiquées aux membres, relatives aux mesures conservatoires dans le cadre de la réforme des hôpitaux. Ces mesures conservatoires, également connues sous le nom de «moratoire général», interdisent d'augmenter le nombre de lits existants, agréés et utilisés au sein des services d'hôpitaux généraux ou psychiatriques, le nombre de fonctions hospitalières, sections hospitalières, services hospitaliers, services médicaux, services médicotechniques et programmes de soins agréés ainsi que le nombre d'appareils médicaux lourds utilisés et exploités.

Marchés publics – nouvelle législation belge

Le législateur belge a été plus rapide pour la transposition de la Directive européenne 2014/24/UE du 26 février 2014 sur la passation des marchés publics que pour la transposition de la précédente Directive. En juillet 2016, la loi du 17 juin 2016 relative aux marchés publics a donc été publiée au Moniteur belge sans pour autant que la majorité de ses dispositions soient déjà entrées en vigueur en 2016. Santhea a veillé à ce que les membres soient régulièrement informés du processus législatif et des principales modifications apportées par la nouvelle législation. La simplification administrative, l'accès des PME, la souplesse et l'efficacité des procédures ainsi que l'utilisation renforcée des moyens électroniques sont autant d'exemples de nouveautés issues de la Directive européenne de 2014.

Maribel social – secteur public et secteur privé

Dans le cadre du Taxshift, la répartition de l'enveloppe budgétaire destinée aux secteurs non marchands prévoyait d'alimenter le Maribel social à concurrence de 214,6 millions d'€.

En prévision des nouveaux moyens qui leurs seraient alloués dès le 1^{er} avril 2016, les Fonds Maribel ont été invités à réfléchir à la répartition de ceux-ci conformément à l'accord intervenu, fin 2015, entre le Gouvernement et les partenaires sociaux.

Cet accord, qui servirait de base à la modification de la réglementation sur le Maribel social (arrêté royal du 18 juillet 2002 portant des mesures visant à promouvoir l'emploi dans le secteur non marchand), prévoyait de donner la priorité à l'emploi tout en permettant, en cas d'unanimité au sein du Fonds concerné, d'utiliser une partie des moyens supplémentaires issus du Taxshift pour augmenter le plafond de l'intervention pour les emplois existants.

Mesures d'économies 2017 BMF de la Ministre De Block: Estimation chiffrée de l'impact attendu

Suite à l'annonce par la Ministre De Block des importantes mesures d'économies que celle-ci entend imposer aux hôpitaux en 2017 et en particulier au niveau du BMF, santhea a fourni fin novembre à ses hôpitaux une estimation chiffrée de l'impact attendu et ce, mesure BMF par mesure BMF. Cette estimation a été réalisée au niveau national, au niveau de l'échantillon des hôpitaux membres de la fédération et enfin individuellement pour chaque hôpital membre de la fédération.

Convention NCPAP

Tout au long de l'année 2016, santhea s'est battu pour défendre ses membres et obtenir un financement adéquat des prestations NCPAP. Il s'agit d'un dossier difficile dans un

contexte budgétaire tendu. Les arguments portés par santhea et relatifs à la qualité et à l'accessibilité des soins, à la charge financière ou encore à la charge de travail ont néanmoins été entendus. En toute fin d'année, un accord est intervenu pour prolonger la convention actuelle jusqu'au 31 décembre 2017, avec quelques modifications.

Nomenclature

L'année 2016 a été l'année charnière pour certaines modifications de la nomenclature et principalement à propos des soins intensifs et de la surveillance en matière de soins urgents. Santhea a été particulièrement proactif dans les questions qu'ont soulevé la parution des modifications de la nomenclature. Au moment de la rédaction de ce rapport, tout n'est pas encore solutionné.

Modification de la nomenclature en gastro-entérologie

Une note santhea a attiré l'attention des affiliés sur l'entrée en vigueur au 1^{er} novembre 2016 d'une refonte substantielle de la nomenclature en gastro-entérologie. Ceci en réponse aux demandes des gastro-entérologues souhaitant d'une part introduire de nouvelles prestations rendues possibles par l'évolution des techniques endoscopiques et, d'autre part, de combiner plus facilement les prestations en raison de la complexité croissante des traitements endoscopiques.

L'occasion a été saisie pour modifier, outre le contenu, aussi la forme de la nomenclature afin d'obtenir un texte plus lisible.

P4P: Travail inter-fédération en vue de la définition d'un modèle acceptable et d'indicateurs.

Suite à une demande de la Ministre De Block, une proposition de modèle acceptable de P4P (Paiement à la Performance) a été envoyée au Cabinet par les fédérations bruxelloises et wallonnes. Par la suite, une seconde note portant sur des propositions d'indicateurs fut également développée.

Postes médicaux de garde et services d'urgence

Un point important à l'agenda de la Ministre des Affaires sociales concerne la collaboration souhaitée entre les services d'urgence hospitaliers et les PMG. De multiples travaux ont été menés au cours de l'année et de nombreuses réunions ont été organisées. À la fin du premier semestre, un Plan d'accords nécessaire à la mise en place de ces collaborations était approuvé et transmis aux acteurs du secteur.

Publication de nouveaux rapports en ligne par le Département Études & Qualité

▪ **Module « Pharmacie » : Élaboration d'un rapport Comparaison de pratiques « Codes CNK » et d'un rapport individuel « Forfait Spécialités Pharmaceutiques ».** L'équipe s'est attelée cette année à l'enrichissement de notre module « Pharmacie ». Une réconciliation des données existantes avec des éléments nouveaux relatifs aux codes CNK a ainsi été entreprise. Ce travail a permis de mettre en ligne un nouveau rapport anonyme permettant de comparer les pratiques des différents hôpitaux santhea participants en termes de consommation de médicaments. Le rapport offre de plus la possibilité de ventiler les données pour toute la hiérarchie des codes ATC (de 1 à 5), d'étudier un médicament en particulier ou encore de réaliser des comparaisons par voie d'administration, le tout pour un APR-DRG en particulier si nécessaire. Fin mai, les hôpitaux ont reçu de l'INAMI la notification du calcul de leur forfait « Spécialités Pharmaceutiques » pour l'année 2016 (données 2013). La récolte et l'injection de ces fichiers ont permis de mettre à jour le rapport anonyme déjà en ligne et consacré au forfait tout en développant un nouveau rapport individuel complémentaire sur base de retours de nos membres. Celui-ci permet notamment de visualiser l'information pour l'ensemble des APR-DRG et propose un nouveau champ qui mesure l'écart, par séjour, entre les dépenses de l'hôpital et le forfait qui lui est octroyé.

■ **Module « Absentéisme » : Élaboration de rapports anonymes et individuels.**

Fin avril, la récolte des données annuelles 2015 de notre module « Absentéisme » a été lancée. Pour faciliter l'audit des données avant d'injecter véritablement celles-ci dans le Datawarehouse, certains contrôles automatiques ont été mis en place cette année. Grâce à la participation du DEQ au groupe de travail « Absentéisme », de nouveaux indicateurs ont également été calculés dans le Cube correspondant (taux d'absentéisme pour accident du travail/maladie professionnelle, proportion de travailleurs malades depuis plus d'un an, nombre moyen de jours de maladie par travailleur, ...). Deux rapports en ligne ont par la suite été élaborés : un reporting anonyme, permettant des comparaisons inter-hospitalières sur les onze indicateurs à présent proposés, et un reporting individuel dans lequel chaque utilisateur ne peut voir que ses propres données et celles de l'échantillon santhea dans son ensemble. L'avantage de ce dernier rapport réside bien sûr dans le fait qu'il est possible d'obtenir plus de détails que ne le permettent les rapports anonymes (ventilation par services, nombre de travailleurs concernés, décomposition des indicateurs, etc.).

■ **Module « Imagerie médicale » : Élaboration de rapports anonymes et individuels.**

Un nouveau projet SharePoint, consacré à la forfaitarisation de l'imagerie médicale a été mis en place fin septembre. Cette matière ayant auparavant fait l'objet de rapports au format Excelsius, la base de données a dû être retravaillée en vue de la mise en ligne de deux rapports, l'un anonyme et l'autre individuel. Selon la ligne directrice du Département Études & Qualité, un grand soin fut pris pour garantir le respect de la confidentialité et de la protection des données exploitées.

■ **Module « Montants de référence » : Mise à jour des rapports.**

Fin octobre, les reportings consacrés aux montants de référence et aux comparaisons des pratiques de nos membres ont été mis à jour avec les nouvelles données de 2016. Une difficulté supplémentaire est apparue cette année du fait que le système inclut pour la première fois, en

plus de l'hospitalisation classique, l'hospitalisation de jour et la période de maximum trente jours précédant chaque admission pour une pathologie concernée par ce système. Le format des données ayant été modifié par l'INAMI, des adaptations ont dû être opérées.



Réorganisation du contrôle physique dans les établissements de soins utilisant des rayonnements ionisants

Les hôpitaux et établissements de soins classés utilisant des rayonnements ionisants pour des applications médicales doivent en organiser le contrôle physique. L'Agence Fédérale de Contrôle Nucléaire (AFCN) a préparé un projet de révision de ce contrôle, basé sur des recommandations de l'IRRS (Integrated Regulatory Review Service) et la nécessité de transposer les dispositions de la Directive 2013/59/Euratom (« Basic Safety Standards ») ainsi que sur diverses observations de terrain. L'AFCN a organisé le 28 juin une table ronde visant à informer plusieurs organisations représentatives du secteur médical du projet de révision en cours. Ces informations ont ensuite été distribuées par santhea à ses affiliés potentiellement concernés par le projet. Ces derniers ont été invités à fournir en retour toutes leurs questions et commentaires. Ceux-ci ont alors été transmis à l'AFCN, chargée d'y répondre. Aux dernières nouvelles, le document de l'AFCN compilant ces réponses est toujours en préparation.

Réforme du secteur hospitalier

Fin 2016, le Cabinet de la Ministre des Affaires sociales a indiqué au secteur son intention d'accélérer la mise en route de sa réforme du secteur hospitalier. Sont concernées, notamment, la création des réseaux hospitaliers, la programmation, ou encore diverses mesures budgétaires. Ces travaux sont menés à un rythme soutenu. Santhea prend évidemment la mesure des enjeux et sera présent pour défendre au mieux l'intérêt de ses membres et les valeurs communes que nous défendons.

Règlement Général sur la Protection des données

Le rapport annuel ne pouvait omettre d'évoquer l'adoption du Règlement Général sur la Protection des données. Ce Règlement, dont les dispositions entreront en vigueur le 25 mai 2018, abroge la Directive européenne 95/46/CE dont les dispositions ont été transposées en droit belge par une loi de décembre 1998. Le choix du Règlement a comme avantage une meilleure harmonisation des règles. Outre l'introduction de quelques nouveaux concepts comme ceux notamment de «Data Protection Officer», «Privacy Impact Assessment», «Privacy By Design» et «Privacy By Default», le Règlement adopte une approche a posteriori (principe de l'«accountability») et laisse davantage aux responsables de traitement le soin d'effectuer les traitements de données dans des conditions respectueuses des droits des personnes concernées («data subject»). La suppression des déclarations préalables à la Commission de la Protection de la Vie Privée (CPVP) illustre bien cette nouvelle approche. Autant d'éléments dont santhea a veillé à informer ses membres par l'intermédiaire de notes et l'organisation d'une matinée d'information programmée début 2017 avec le soutien et la participation de la Commission de la Protection de la Vie Privée.

Rétrocession d'honoraires en dialyse : Élaboration d'une enquête

Une demande d'étude comparative des taux de rétrocessions en vigueur dans les hôpitaux affiliés (et en particulier pour le service de dialyse) a été formulée par nos membres. Cette demande est survenue suite à la modification du système de financement de la dialyse. En effet, au forfait s'ajoute à présent un honoraire pour toutes les formes de dialyse, y compris les formes extrahospitalières. Ce nouvel élément pourrait avoir un impact sur la répartition des revenus entre l'hôpital et les néphrologues. Un questionnaire relatif aux rétrocessions d'honoraires en dialyse a donc été établi pour servir de base à un nouveau benchmarking interhospitalier. De nombreux contacts avec le terrain ont été entrepris pour ce faire, permettant de mettre en lumière la diversité des situations entre institutions.

Simplification du processus de remboursement des implants

Nos membres ont été informés fin décembre que dans le but de simplifier le processus de remboursement des implants, et donc la vie des établissements hospitaliers, les délais de remboursement ou de demande de remboursement d'implants ont été uniformisés autant que possible. Ils sont ainsi portés à nonante jours à l'exception des défibrillateurs cardiaques implantables (à cause du système budgétaire particulier) et des nouvelles prestations incluant un implant avec compteur où le délai est de trente jours. De plus, afin de régler plusieurs incohérences, toutes les demandes sont désormais adressées directement au Collège des Médecins-Directeurs sans devoir être envoyées en parallèle ou au préalable au Médecin-Conseil de l'organisme assureur. Les formulaires à utiliser pour l'introduction des demandes de remboursement ont été adaptés aux nouveaux processus.

Structure d'accueil des aînés : Développement d'un outil de gestion du financement des MR/MRS

Fruit d'une collaboration entre le Département Études et Qualité et le Pôle Conseil de santhea, l'équipe a entamé en 2016 le développement d'un outil exploitant des données INAMI encodées par les gestionnaires du secteur MR/MRS et qui permettra à ces derniers, à terme et en quelques clics, de :

- calculer des forfaits ;
- évaluer les incidences financières des modifications de capacités d'hébergement ;
- réaliser des projections des degrés de dépendance des résidents ;
- réaliser des projections de l'ancienneté du personnel ;
- calculer le nombre de journées à facturer par année civile ;
- calculer le nombre de remplaçants dans le cadre des mesures de fin de carrière ;
- calculer le financement « troisième volet ».

TVA et esthétique – Impacts de la Décision TVA du 22 mars 2016

Publiée à la fin du mois de mars 2016, la décision de l'Administration fiscale de la TVA soumettant les interventions et traitements à vocation esthétique à la TVA avait déjà fait l'objet de précisions complémentaires rendues nécessaires suite aux interrogations adressées à l'Administration fiscale.

Ainsi, les éléments suivants ont notamment fait l'objet d'informations complémentaires par l'intermédiaire de notes : le report de l'échéance pour toute demande d'identification à la TVA ou de modification d'identification à la TVA au 31 mai 2016 ; la précision de ce qu'il faut entendre par « prestations connexes à l'acte principal » et la notion d'« indispensable » ; l'exemption de TVA pour les honoraires forfaitaires des médecins, portés en compte en biologie clinique, imagerie médicale ou permanence médicale, lors d'une intervention fondamentalement esthétique ; la détermination de l'« objectif/intention » de

l'intervention ou du traitement repris dans le document de motivation de l'exemption de TVA. Le 23 mai s'est également tenue une session d'information sur le sujet organisé par santhea en collaboration avec les autres fédérations.

6^{ème} réforme de l'État et concrétisation des transferts de compétences : Soutien aux Maisons de Soins Psychiatriques (MSP), Initiatives d'Habitations Protégées (IHP) et Conventions de revalidation

Les transferts des MSP, IHP et Conventions de revalidation dans le cadre de la 6^{ème} réforme de l'État ont provoqué un réel bouleversement pour ces structures dont la préoccupation majeure est de garantir la qualité et la diversité de prise en charge qui font leur spécificité ainsi que leur force. Bien que les transferts effectifs aient été reportés à 2019, santhea a jugé nécessaire de se mettre au travail sans délai avec les Administrations régionales naissantes pour ne pas hypothéquer la qualité des prestations proposées. De nombreux contacts ont ainsi été pris avec les membres de la fédération concernés pour comprendre leurs besoins et chercher ensemble la meilleure voie pour défendre leurs intérêts auprès des autorités régionales.

Transparence financière des soins de santé : Session d'informations organisée par l'INAMI

À la demande de santhea, l'INAMI a organisé cette année une session d'informations consacrée à la transparence financière des soins de santé. Les modifications législatives dans cette matière étaient nombreuses et nécessitaient d'être connues. Un renforcement des règles en matière de transparence va de pair avec une meilleure information de l'assuré social des coûts auxquels il s'expose dès qu'il fait l'objet de soins de santé. Les règles concernant les attestations de soins donnés, les documents justificatifs, les acomptes, le tiers payant et la vérification de l'identité ont été expliquées en détail.

Représentation des membres de santhea

Naissance des nouvelles Administrations régionales: Représentation de santhea à l'AViQ.

La Région wallonne a mis en place en 2016 l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) dans le but d'accueillir les compétences transférées. L'AViQ se compose de trois Comités de branches liées respectivement à la santé et au bien-être, au handicap et à la famille. La réunion constitutive du Comité de branche «santé et bien-être», qui concerne directement santhea, s'est tenue en mars, avec l'ensemble des membres effectifs et suppléants. La région bruxelloise a de son côté pris plus de temps dans la mise en œuvre de son OIP.

Commission de convention Hôpitaux-Organismes assureurs

Santhea a continué de représenter l'intérêt de ses membres hospitaliers en siégeant en 2016 à la Commission de conventions entre les Etablissements hospitaliers et les Organismes assureurs. L'une des premières tâches de la Commission cette année a été d'adapter le modèle de la facture patient suite aux nouvelles réglementations TVA. Parmi les autres sujets abordés, notons la proposition de nouvelle réglementation du régime d'acomptes, le projet de nouveau financement de l'hôpital de jour oncologique, le projet-pilote concernant les soins de plaies complexes par pression négative, la question des suppléments en cas de mini-forfaits et l'extension de la prescription hospitalière électronique. La thématique centrale,

ayant requis beaucoup d'attentions de notre part, restant bien entendu les mesures budgétaires 2017. Un groupe de travail commun rassemblant la Commission et le CNEH a notamment été réuni pour discuter des économies proposées par la Task Force concernant le secteur des hôpitaux et plus particulièrement au niveau de l'hôpital de jour. Il a de fait été question de transférer certaines activités de l'hospitalisation classique vers l'hospitalisation de jour (tels les remplacements de pacemakers) ou de l'hospitalisation de jour vers les soins ambulants (dents de sagesse, cystoscopie, instillations vésicales).

Commission de convention MSP/IHP-Organismes assureurs

L'INAMI a été chargé de gérer les compétences de la Commission de convention MSP-IHP/OA pour le compte des régions jusque fin 2018. Cela implique que l'Institut est limité à enregistrer l'ensemble des demandes sans se prononcer et à les transmettre aux régions qui ne sont pas encore équipées pour y répondre. Ce fonctionnement a fortement compliqué la gestion quotidienne des prestataires, y compris pour des questions techniques sans grands enjeux.

Commission Paritaire 330 – Barèmes du secteur résiduaire

Réuni pour la première fois en 2015, les réunions du groupe de travail, constitué au sein de la Commission Paritaire 330,

à l'initiative du banc syndical et en vue de la négociation des barèmes du secteur résiduaire, se sont poursuivies en 2016.

Une proposition concrète d'augmentation des barèmes a été soumise aux employeurs en juillet 2016. Santhea compte en effet parmi ses membres des institutions appartenant au secteur résiduaire au sein duquel la distinction est faite, notamment en terme de conditions de rémunération, entre les services externes pour la prévention et la protection au travail (SEPP) et les autres institutions du secteur (par exemple les laboratoires).

La proposition soumise visait à relever le barème annuel sectoriel minimum et à aligner progressivement les barèmes du secteur résiduaire sur les barèmes des services externes pour la prévention et la protection au travail.

Les réunions ne se sont pas toujours déroulées dans une ambiance sereine et santhea a plaidé pour une intégration des avantages octroyés par les employeurs. L'année 2016 s'est clôturée sans accord des deux bancs sur la signature de conventions collectives de travail



Conseil fédéral de l'art infirmier

Le Conseil fédéral de l'art infirmier fournit au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, à sa demande ou d'initiative, des avis sur toute matière relative à l'art infirmier et, en particulier, en matière d'exercice de l'art infirmier et des qualifications requises. Le Conseil a convoqué cette année une réunion avec les représentants des secteurs de soins (associations professionnelles, patronales, syndicales), et de l'enseignement de plein exercice et de promotion sociale. L'objectif a été de recueillir les avis des participants au sujet des rôles, fonctions, compétences et place des acteurs de soins, à l'aune de la réforme des études infirmières, et de l'organisation des soins infirmiers de demain, avec une seule catégorie infirmière, l'infirmier bachelier.

Installation du Conseil d'orientation de l'Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur (ARES)

Le Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles a installé en 2016 le Conseil d'orientation de l'Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur. Les missions du Conseil consistent à apporter une vision sur l'organisation et l'offre de l'enseignement supérieur, ainsi que sur son articulation avec le monde de l'entreprise et le monde scientifique. Il représente l'interface entre l'ARES et la société. Comptant dans ses rangs un conseiller de santhea, le Conseil doit remettre un avis en novembre 2017 sur une offre d'études en harmonie avec les missions de l'enseignement supérieur, les réalités de terrain et les besoins futurs en la matière.

Travaux de la Section Financement du Conseil national des établissements hospitaliers

Le Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH) a pour rappel comme fonction d'émettre des avis à l'intention du Ministre fédéral de la Santé publique, en matière de politique hospitalière (programmation, agrément et financement).

Santhea y représente activement ses hôpitaux membres tout au long de l'année.

Le 14 janvier, la Section Financement du CNEH a ainsi répondu à la demande d'avis de la Ministre De Block relative à la fixation du BMF au 1^{er} janvier 2016 (entre autres, diminution au niveau du BMF du B3 PET-Scan). La Section en a profité pour rappeler la nécessité de modifier les règles de calcul de la sous-partie A2 pour compenser la diminution de sa base de calcul due au transfert des sous-parties A1 et A3 vers les entités fédérées, problématique pointée par santhea dès 2013. Lors de cette première réunion, la Section Financement a également émis un avis conjoint avec la Section Programmation & Agrément relatif à l'extension de la programmation existante pour les appareils RMN en Belgique, l'objectif étant de mieux faire face à l'augmentation de la demande d'examen de ce type et la substitution de ceux-ci aux procédures irradiantes des scanners-CT. Il a également été émis dans ce cadre que la déprogrammation effective des appareils RMN ne pourrait être envisagée que par la mise en place d'un nouveau modèle de financement via un budget d'imagerie médicale global par hôpital ou réseau d'hôpitaux, s'appuyant sur des besoins objectifs.

En janvier toujours, la Section Financement du CNEH a également reçu un état des lieux de l'Administration relatif aux NRG d'une part et au passage à l'ICD-10-BE d'autre part. Ces éléments ont fait l'objet de notes synthétiques d'information à l'attention des membres de la fédération. Au vu des problèmes rencontrés, l'état des lieux ICD-10-BE a entraîné la rédaction d'un courrier du CNEH à l'attention de la Ministre De Block dans le but d'attirer son regard sur l'effet délétère que pourrait avoir le recours sur plusieurs années aux dernières données codées en ICD-9, les coûts élevés liés à l'enregistrement en ICD-10-BE et l'importance de la formation des codeurs confrontés à l'époque à un matériel (manuel, FAQ, ...) largement insuffisant. Santhea et des experts DM-RHM de ses hôpitaux membres ont participé à cet égard à un groupe de travail spécifique réuni le 24 mars par la Section Financement en vue d'exposer à l'Administration les

principaux problèmes rencontrés par les hôpitaux sur le terrain en ce qui concerne l'implémentation de l'ICD-10-BE.

En février, le groupe de travail B2 de la Section Financement du CNEH, auquel participe également santhea, s'est intéressé à la recherche de nouveaux critères pour la répartition du budget « Mini-forfaits » ainsi qu'à l'examen des propositions de l'Administration quant à l'évolution du système des NRG. Le manque de pertinence des critères de répartition de l'enveloppe liée aux produits médicaux B2 et la mise à jour indispensable des codes et des temps standards en quartier opératoire ont également fait l'objet de constats étayés. Le sous-groupe de travail quartier opératoire du groupe de travail B2 de la Section Financement fut par ailleurs réuni pour faire face à cette seconde problématique. Composés d'experts émanant pour un certain nombre d'hôpitaux membres de santhea, son travail a permis d'établir, à travers cinq réunions entamées à la mi-avril, les adaptations les plus urgentes à réaliser sur les temps standards en quartier opératoire. Les premiers résultats, soit l'inclusion de nouveaux codes dans l'annexe 9 de l'arrêté royal du BMF à partir du 1^{er} juillet 2016, seront entérinés dès le mois de mai.

Mi-mars, la Section Financement du CNEH a pris connaissance de deux demandes d'avis de la Ministre concernant, d'une part, les modifications à apporter aux règles BMF au 1^{er} juillet 2016, et d'autre part, les modalités de financement du plan accélérateur de l'implémentation du DPI intégré dans les hôpitaux. Ces éléments seront ensuite communiqués aux membres de la fédération par l'intermédiaire d'une note alors qu'un groupe de travail ad hoc de la Section est mis en place le 24 mars dans le but de rédiger un avis complet émis à la mi-avril. Parmi les éléments établis figuraient notamment un avis étayé concernant le mécanisme de financement d'une partie de l'activité infirmière par l'intermédiaire des « Nursing Related Groups » (NRG), la confirmation de la pertinence du nouveau mécanisme de financement des urgences et de la poursuite de son implémentation progressive, des suggestions de répartition du budget lié aux mini-forfaits, les adaptations à



réaliser sur les temps standards en quartier opératoire, un avis concernant les financements des cotisations de pension des agents statutaires, les nombreuses craintes et réserves quant à l'intégration éventuelle des barèmes IFIC dans le système de financement et le soutien de la Section concernant le projet de financement du plan accélérateur d'implémentation du DPI intégré, avec quelques réserves néanmoins. Un avis spécifique complémentaire à ce dernier point sera également émis à la mi-mai à l'issue d'un groupe de travail, celui-ci permettant à santhea de répercuter les nombreuses préoccupations de ses membres concernant le DPI.

Le 12 mai 2016 paraît au Moniteur belge un arrêté royal modifiant entièrement la composition du Conseil National des Etablissements Hospitaliers: la liste des membres effectifs et suppléants et des Présidents des deux Sections s'en trouve entièrement modifiée.

Le 14 juillet, la (nouvelle) Section Financement du CNEH a examiné deux demandes d'avis de la Ministre, l'une relative au fonds budgétaire interdépartemental concernant la promotion

de l'emploi, l'autre concernant des économies à réaliser dans le BMF au 1^{er} janvier 2017. Si le premier point a fait l'objet d'un avis rendu le 22 septembre, le second a amené la rédaction d'un courrier préalable à l'attention de la Ministre De Block. L'annonce de telles économies a en effet été ressentie par le secteur de façon particulièrement négative! La Section a ainsi rappelé que le contexte difficile (sous-financement structurel du BMF, mesures prises dans d'autres secteurs tels les honoraires) ne permet pas d'absorber les efforts supplémentaires induits par de nouvelles économies s'attaquant à des financements pointés arbitrairement, alors même que les besoins et coûts non couverts augmentent chaque année. L'occasion a également été parfaite de rappeler à la Ministre l'engagement qu'elle-même avait pris dans son Plan d'approche de la Réforme du paysage et du financement hospitaliers, de ne pas réduire les budgets et de ne pas réaliser des économies pures et simples, toute mesure d'économie imposée aux hôpitaux se traduisant inmanquablement par des réductions d'emploi avec un effet contre-productif dans le cadre du Plan de Réforme: le secteur ayant avant tout besoin de stabilité budgétaire pour se

réorganiser. Au-delà de ce plaidoyer, la Section a par ailleurs organisé la réunion, dès la fin du mois de juillet, d'un groupe de travail ad hoc «économies», incluant notamment des experts de la Commission de convention Hôpitaux-Organismes assureurs de l'INAMI, dans le but de répondre point par point aux différentes propositions d'économies listées par la Ministre De Block. Les réflexions de ce groupe de travail ont permis au CNEH de rendre un avis le 22 septembre. Celui-ci, en plus de détailler l'ensemble des observations reprises plus haut, a été l'occasion d'exprimer la volonté du Conseil de se pencher, par l'intermédiaire de groupes de travail ad hoc, sur l'ensemble des financements et missions spécifiques, sur leur adéquation et leur pertinence en lien avec la réforme générale du financement souhaitée par la Ministre. Il a également été suggéré de permettre au CNEH de s'associer rapidement et de manière active à la réforme et notamment celle relative aux réseaux, l'organe souhaitant faire part d'éléments tels que des propositions de mesures d'économies temporaires qui permettraient de limiter l'impact sur les hôpitaux en contrant des mesures jugées négatives, insuffisamment étayées et aux conséquences sous-estimées. Toutes ces réflexions ayant fait l'objet d'une annexe très détaillée explicitant mesure par mesure, les raisons pour lesquelles le CNEH les a réfutées.

Le 25 octobre, soit un mois plus tard, le CNEH a été amené à remettre très rapidement un avis faisant suite à une demande en grande urgence de la Ministre émise quelques jours plus tôt et ayant trait, à nouveau, à des mesures d'économies sur le BMF au 1^{er} janvier 2017. Santhea a particulièrement déploré cette manière de plus en plus fréquente de procéder qui rend difficile, voire impossible, l'élaboration d'un avis circonstancié et étayé. Au niveau du fond, le CNEH a marqué une fois de plus et clairement son opposition aux mesures d'économies envisagées dans le cadre du budget 2017 et des suivants, tant dans le BMF que dans d'autres secteurs de l'assurance maladie qui toucheront de plein fouet le secteur hospitalier, renvoyant à son précédent avis émis fin septembre. Il a souligné une fois de plus les impacts déplorables à attendre au niveau

qualité des soins, de l'accessibilité financière des patients et du climat social, en termes d'emplois et de relations entre médecins et gestionnaires, alors même que le secteur, sous-financé structurellement, ne dispose plus d'aucune marge de manœuvre au niveau de ses coûts, et que le BMF (enveloppe fermée) n'est en rien la cause du dépassement du budget des soins de santé. Le CNEH a également réinsisté sur le caractère arbitraire des mesures envisagées par la Ministre et à l'unanimité exprime son refus de trouver des économies en supprimant ou en diminuant purement et arbitrairement une sous-partie du BMF, ou qui cibleraient un secteur hospitalier particulier voire des hôpitaux spécifiquement.

Le CNEH a exprimé son souhait de se pencher sur l'ensemble des financements et missions spécifiques, sur leur adéquation et leur pertinence en lien avec la réforme générale du financement souhaitée par la Ministre De Block. Comme promis dans son plan d'approche, il convient de créer un cadre juridique et de garantir les moyens financiers actuels, voire d'injecter de nouveaux moyens, y compris au niveau des administrations, pour s'assurer de la possibilité effective de la mise en œuvre de la réforme du paysage hospitalier et du financement. Le CNEH souhaite de fait être associé rapidement et de manière active à la réforme du paysage hospitalier, et notamment à la mise en place de réseaux.

Si, malgré tout cela, le secteur devait se voir imposer de telles économies, le CNEH renvoie la Ministre à ses propositions alternatives dans son avis du 22 septembre, qui permettront des mesures d'économies temporaires à concurrence du montant exigé, tout en donnant le temps à l'élaboration de mesures plus structurelles qui auront le moins d'impact possible sur l'emploi dans le secteur. Le CNEH a enfin repris une à une les propositions d'économies de la Ministre en les réfutant une fois de plus de façon étayée.

Le 22 septembre, la Section Financement du CNEH a rendu un avis faisant suite à une demande de la Ministre De Block transmise début juin et relative au financement des emplois liés au Fonds

Budgétaire Interdépartemental de Promotion de l'emploi (FBI), géré par l'ORPSS, en proposant d'intégrer celui-ci au BMF, avec une indexation automatique. Lors de cette même réunion, la Section rend également un avis relatif à l'organisation des soins palliatifs, fruit des réflexions d'un groupe de travail mixte avec la Section Programmation & Agrément visant à répondre à quatre questions de la Ministre De Block. Il s'agissait de déterminer avant toute chose comment améliorer l'organisation et le financement des soins palliatifs en Belgique tout en préservant la neutralité budgétaire, sachant que la majorité des belges souhaite mourir à domicile. De cette question découle celle des besoins actuels et futurs en lits consacrés aux soins palliatifs (Sp S4) et aux soutiens à ces soins en milieu hospitalier mais également de la façon dont il serait préférable de les répartir par région et enfin des règles à utiliser pour, à budget neutre, convertir des lits aigus en lits Sp S4. Sur ces éléments, le CNEH a insisté sur la combinaison indispensable des différentes initiatives dans le domaine palliatif et sur une meilleure utilisation des structures existantes, en réseaux (nécessitant un inventaire de l'existant et ses lacunes, et une évaluation de son utilisation par rapport aux besoins à objectiver): planification anticipée des soins, outil validé d'identification et d'orientation du patient palliatif, soutien et renforcement, y compris financier, des équipes palliatives mobiles au niveau intramural et transmural,...

Le CNEH a envisagé un élargissement limité et sélectif en lits de soins palliatifs au sein de certains réseaux au sens large (hôpitaux et autres structures de soins) en complétant, élargissant ou différenciant les structures existantes (sections step-ups, middle care, ...). Il a également plaidé pour un plan stratégique de soins par réseau qui prendrait en compte le vieillissement sévère annoncé de la population belge en laissant à la Ministre la possibilité de remédier aux failles éventuelles dans l'offre de soins. La reconversion des lits classiques en lits de soins palliatifs n'a par ailleurs pas été jugée possible à budget neutre et demanderait de fait une profonde réflexion pour la mise en place d'un nouveau système de conversion assortie de sévères conditions.

Organe de **Concertation de la conférence interministérielle santé** avec les acteurs de terrain de la réforme de la psychiatrie adultes

En réponse aux sollicitations multiples des prestataires de terrain que nous avons relayées, la Conférence interministérielle santé a mis sur pied une concertation effective avec les acteurs de la réforme de la psychiatrie adulte «107». Cet organe de concertation adultes, constitué le 22 avril, est à l'origine de l'organisation de trois groupes de travail relatifs aux territoires, aux équipes mobiles et à la fonction médicale.



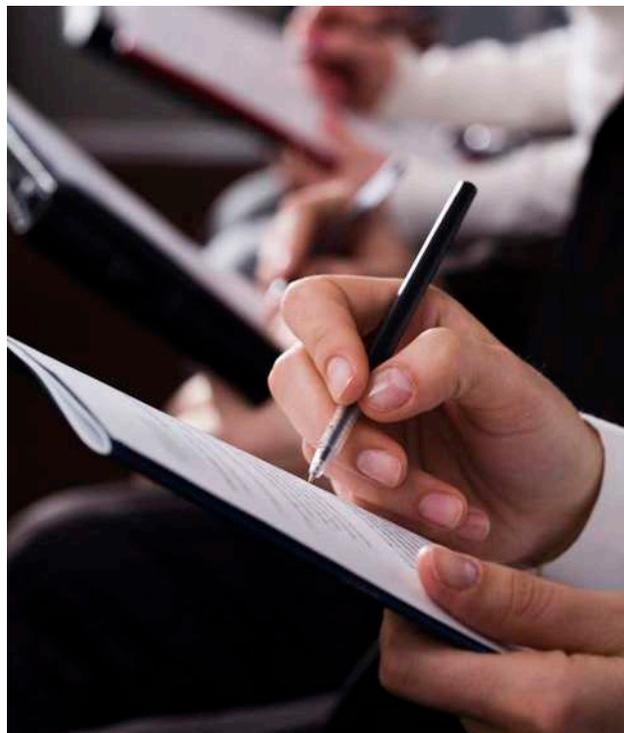
DI-RHM et NRG: Interpellations de l'Administration et de la Ministre De Block

En réaction à la circulaire diffusée le 10 juin 2016 par le SPF-SP relative à des adaptations du modèle de financement NRG - état des lieux au 31 mai 2016, santhea appuyé par les experts de son groupe de travail DI-RHM, a adressé un courrier à l'Administration et à la Ministre De Block pour faire part de sa surprise face à certains ajustements retenus pour application dès le 1^{er} juillet 2016 qui ne correspondent pas à l'avis de la Section Financement du CNEH. Santhea a également insisté pour que l'on apprécie l'outil dans une perspective plus large d'utilisation dans le financement hospitalier que les seuls points supplémentaires des unités de soins. Santhea met également en garde par rapport à des orientations et propositions complémentaires annoncées par l'Administration pour l'avenir, sur le bienfondé desquelles la Section Financement du CNEH ne s'est pas prononcée, voire une opposition formelle ou des réserves ont déjà été émises, en particulier par santhea. Santhea a également insisté pour que les acteurs de terrains soient consultés par la création d'un groupe de travail spécifique du CNEH, incluant des experts DI-RHM des hôpitaux.

Mi-décembre, santhea a appris fortuitement la mise en place, à l'initiative de l'Administration et de la Ministre De Block, d'un groupe de travail scientifique amené à travailler sur l'enregistrement du DI-RHM et sur de potentielles améliorations du modèle des NRG. En connaissance de cause, santhea a adressé un courrier à l'Administration et à la Ministre De Block, faisant suite à son précédent courrier envoyé début juillet et resté sans réponse. Dans ce courrier, santhea communique une nouvelle fois son souhait de donner une réelle chance de travail en profondeur à un groupe de travail éclairé d'experts DI-RHM et NRG à condition que celui-ci travaille en étroite collaboration avec la Section Financement du CNEH, elle-même amenée à émettre des avis en la matière.

Fonds des Accidents Médicaux: Participation continue aux réunions du groupe de travail «Aspects juridiques» et du Comité de Gestion

Le Fonds des accidents médicaux (FAM) est au service des personnes qui estiment avoir subi un dommage résultant de soins de santé et qui souhaitent recevoir un avis en la matière ainsi qu'une indemnisation. Plusieurs fois par an, un groupe de travail «Aspects juridiques» et un Comité de Gestion se réunissent. Santhea participe à ces réunions qui, en 2016, se sont surtout focalisées sur les raisons des retards avec lesquels les gestionnaires traitent les dossiers. Une discussion plus juridique s'est tenue afin d'octroyer la possibilité, au Fonds, de pouvoir tant consulter le dossier dans certaines circonstances qu'obtenir une copie du dossier des patients dans ces mêmes circonstances. La modification législative le permettant est intervenue en décembre 2016.



Création d'emploi « Maribel » dans les établissements privés d'accueil et d'hébergement des aînés : Participation aux réunions de la Chambre du secteur personnes âgées du **Fonds Maribel social 330**

Santhea a participé cette année aux réunions de la Chambre du secteur personnes âgées du Fonds Maribel social 330, dont la finalité est la création d'emploi « Maribel » dans les établissements privés d'accueil et d'hébergement des aînés.

Budget des Moyens Financiers (BMF) dans le cadre de la réforme du financement hospitalier : Propositions de simplification au **groupe de concertation de la Ministre De Block**

En janvier et février 2016, les fédérations hospitalières ont réuni un groupe de travail dans le but de produire une note reprenant un ensemble de propositions visant la simplification du BMF. Cette note, traitant tant du mode de liquidation du budget que de ses modalités de révision, a été remise le 10 février au groupe de concertation de la Ministre De Block

Groupe de travail Adaptations de l'ICD-10-BE

En octobre, santhea fût convié par l'Administration, avec d'autres experts et professionnels du secteur à deux réunions du groupe de travail ad hoc ICD-10-BE (Fiscal Year 2017) visant à mettre en lumière les améliorations à apporter à la terminologie, une nouvelle version de celle-ci entrant en vigueur au 1^{er} janvier 2017.

Groupe de travail e-Santé : Première réunion au Cabinet de la Ministre De Block

Dans le cadre du plan e-Santé, une première réunion du groupe de travail « aspects juridiques e-Santé » s'est tenue en juin 2016. Santhea était représenté à cette réunion et a reçu des informations sur le rôle du groupe de travail à présent constitué.

Après une présentation succincte des différents points du plan e-Santé réalisé par Monsieur Frank Ponsaert, Conseiller au Cabinet, les membres du groupe de travail ont été invités à communiquer entre eux sur les questions qui se posent sur le terrain. Le but étant de tenir une réflexion commune et de répondre à ces questions.

Groupe de travail Oncologie à l'INAMI : Définition d'un nouveau financement pour l'hôpital de jour oncologique

Deux réunions du groupe de travail « Oncologie » ont été organisées à l'INAMI cette année dans le but d'avancer sur le projet de nouveau financement de l'hôpital de jour oncologique. Celui-ci ayant pour objectif d'intégrer les évolutions médicales réalisées dans ce domaine, en tenant compte notamment des nouveaux traitements, des nouvelles voies d'administration (sous-cutanée et orale) et des nouveaux lieux de dispensation tel que le domicile du patient. L'ensemble des membres de la Commission de conventions Hôpitaux-Organismes assureurs, ainsi que leurs experts respectifs, ont été conviés pour ce faire. La seconde réunion du groupe de travail a été organisée suite à une proposition de santhea, la fédération ayant pris l'avis des acteurs de terrain lors de plusieurs réunions en interne. La seconde réunion a permis de faire avancer les discussions de façon très concrète autour, notamment, des nouveaux forfaits proposés et des montants estimés par l'INAMI. Au niveau des moyens disponibles, il a été convenu, et concrétisé dans un quatrième avenant à la Convention nationale datant de novembre 2016, de la possibilité d'utiliser différemment la marge financière pour l'indexation des forfaits de l'hôpital de jour prévue dans l'objectif budgétaire de l'année 2017 (environ 1,9 millions d'€).

Groupe de travail Outil « BelRAI » (« Belgian Resident Assessment Instrument »)

En 2016, santhea a participé aux réunions du groupe de travail de l'INAMI chargé d'étudier l'implémentation de l'échelle «BelRAI». Cet outil d'analyse du degré de dépendance se décline en plusieurs modules: «Home Care» (soins à domicile), «Long term care facilities» (maisons de repos), «Acute Care» (hôpital) et «Palliative Care» (soins palliatifs).

Travaux de l'Institut de Classification de Fonctions (IF-IC)

En 2016, santhea a participé aux travaux de l'Institut de Classification de Fonctions (IF-IC), notamment à travers un projet de classification des fonctions CP 330 ou encore la pondération des fonctions infirmières (Oncologie, Hémodialyse, Soins palliatifs, Gériatrie, NIC, Pédiatrie, Psychiatrie et Gestion Diabète) et de kinésithérapie en maison médicale.



Projets-pilotes « Soins intégrés pour les malades chroniques »

En 2016, santhea a participé à des réunions et groupes de travail liés aux projets-pilotes «Soins intégrés pour les malades chroniques». Le 15 avril 2016, une rencontre a ainsi été organisée à l'initiative de l'AViQ avec les opérateurs wallons et les stakeholders afin de présenter les projets des consortiums wallons. La fédération s'est également investie dans plusieurs réunions de la plate-forme qui supervise l'implémentation des vingt projets-pilotes «soins intégrés» sélectionnés. Ces derniers sont actuellement en phase de conceptualisation et bénéficient d'un suivi scientifique, méthodologique et technique.

Résumé Hospitalier Minimum (RHM) et enregistrements apparentés: Analyse des auditeurs de la Cour des Comptes.

La Cour des Comptes a analysé en 2016 la qualité de l'enregistrement du RHM et des enregistrements apparentés. Le 30 mars, santhea a reçu plusieurs de ces auditeurs pour leur faire part des difficultés vécues par le terrain en ce qui concerne les enregistrements, tout en insistant sur l'importance de ceux-ci, des attentes en termes de feedbacks vers le terrain et d'utilisations cohérentes des données dans le financement.

Affectation de l'enveloppe de 5% du Taxshift: Réunion entre banc patronal et syndical au Cabinet De Block

Évoqué lors d'une première réunion paritaire au Cabinet de la Ministre De Block, l'affectation de l'enveloppe des 5% du budget Taxshift a été confirmée à santhea pas moins de deux jours plus tard lors d'une réunion plus informelle en présence uniquement des employeurs. Cette enveloppe sera consacrée au financement des fonds de pension du personnel statutaire des hôpitaux et ce, conformément aux termes de l'accord de Gouvernement du 9 octobre 2014, comme s'est empressé de préciser le Cabinet De Block.



Publié au Moniteur belge en octobre 2016, l'arrêté royal du BMF a été complété d'une disposition concrétisant cette affectation de l'enveloppe des 5% du budget Taxshift.

Cette somme sera donc répartie entre les hôpitaux publics à la condition expresse qu'ils certifient sur l'honneur que le nombre de statutaires de leur institution n'augmente pas d'une année à l'autre. Cette nouvelle disposition réglementaire est en complète contradiction avec l'objectif de la loi du 24 octobre 2011, assurant un financement pérenne des pensions du personnel nommé à titre définitif des Administrations provinciales et locales et des zones de police intégrées qui visait à encourager les nominations pour assurer l'équilibre des fonds de pension constitués au sein de l'ORPSS.

Le Conseil d'administration de santhea, réuni au mois de novembre, a réagi et a sollicité l'avis d'un avocat spécialisé afin d'évaluer si le recours est envisageable.

Premiers pas de la réforme du droit du travail: Travaux du groupe consultatif droit social de l'**UNION des entreprises à profit SOCIAL** (UNISOC)

Les membres du groupe consultatif de droit social organisé par l'Union des entreprises à profit social (UNISOC) se réunissent une fois par mois. Santhea est membre de cette fédération intersectorielle par le biais de laquelle on s'assure que la voix des institutions de santé est représentée au niveau fédéral.

En janvier 2016, santhea a été informé des premiers thèmes que le Conseil National du Travail serait amené à aborder dans le cadre des travaux relatifs au «travail faisable». Des projets de textes concernant les horaires flottants et la simplification du travail à temps partiel nous ont été soumis pour information.

Activités et Groupes de travail de santhea

Comité de pilotage du Datawarehouse de santhea: Présentation aux membres du bilan de l'année

Comme chaque année, les avancées réalisées par le Département Études & Qualité ont été présentées à l'occasion de notre traditionnel Comité de pilotage. Une démonstration du fonctionnement de nos rapports SharePoint dédiés à notre enquête Satisfaction Patients, aux comparaisons de pratiques de nos membres et au forfait Spécialités Pharmaceutiques a été proposée au public. Cet exercice interactif a été complété par une présentation des données relatives aux BMF individuels au 1^{er} juillet des hôpitaux membres ainsi que par un exposé détaillant les différents dossiers entamés en collaboration avec le pôle conseil de santhea pour une expertise toujours plus pointue.

Comité Technique du Datawarehouse de santhea: Suivi des travaux en cours et soumission des développements envisagés

Le Comité Technique délivrant conseils et avis sur les travaux du Département Études & Qualité de s'est réuni le 21 mars. Outre les développements techniques et analyses en cours, le concept de la «Tournée SharePoint» et l'idée naissante de publication des micro-études «FOCUS» ont été soumis aux experts médicaux, financiers et qualitatifs issus des institutions de la fédération siégeant au Comité.

Commission Soins Infirmiers: Santé mentale & Hôpitaux généraux

La Commission Soins Infirmiers, au niveau santé mentale, s'est consacrée cette année à l'étude de sujets tels que la gestion de l'agressivité des patients ou l'équipe pluridisciplinaire en institution psychiatrique mais également d'autres comme le Comité «patients», la vision médicale des soins ou le Dossier Patient Informatisé (DPI).

Dans son volet «Hôpitaux généraux», la Commission a également étudié des thèmes tels que la réforme des études infirmières, la fonction d'aide-soignante, la fonction d'infirmier en chef adjointe au CHR de Namur, le nouveau mode de financement hospitalier et les NRG, les valeurs au centre des équipes de soins, les fonctions du Département infirmier au travers du prisme de la Direction générale.

Formation des aides-soignants des MRS: Organisation d'un cycle d'interventions

Dans le cadre d'un appel à projet lancé par le Ministre de l'Action Sociale et de la Santé de la Région wallonne Maxime Prévot, santhea a organisé un cycle d'interventions gratuit de 24 séances pour les aides-soignants amenés à accompagner des résidents souffrant de troubles cognitifs majeurs. Ce programme de formations s'est déroulé du mois de mai au mois de décembre inclus.

Programme de formations santhea-UNIPSO : Continuité et rafraîchissement de l'offre en 2016

Des formations santhea-UNIPSO (UNION des entreprises à Profit Social) ont été organisées en 2016 tout comme les années précédentes depuis le second semestre 2010. Trois axes de formation ont été définis, en regard des prescrits légaux de 2006 qui définissent l'obligation de formation pour les Cadres infirmiers (quota d'heures et matières), des accords sociaux «2005-2010» et sur base de la demande des Directions des Départements infirmiers des structures de soins affiliées à santhea. Les trois axes en question sont les suivants: «Législation sociale et gestion des horaires», «Bien-être au travail» et «Gestion d'équipes». La formation, décentralisée par province dans les hôpitaux affiliés est avalisée et reconnue par le SPF-SP. La nouveauté de 2016 a résidé dans le fait que le premier axe est développé en regard des inspections de l'ILS (Inspection des lois sociales). Celui-ci se développe en cinq thèmes: «Gestion du temps de travail et temps partiel», «Suspensions», «Le règlement de travail», «Bien commencer la relation de travail» et «Les fins de contrat».

Groupe de travail Aînés : Analyse des modes de prise en charge de patients à pathologies neurologiques et actualité en lien avec l'accueil, l'hébergement et les soins des seniors

Le groupe de travail «Aînés» rappelle que santhea demeure bien plus qu'une fédération d'hôpitaux. Comptant des responsables issus des différentes MR/MRS de la fédération, le groupe a travaillé entre autre cette année à l'analyse des modes de prise en charge des patients, hébergés en maison de repos et de soins en Wallonie et souffrant de sclérose en plaques (SEP), de sclérose latérale amyotrophique (SLA) et de la maladie de Huntington. Parmi les autres points abordés cette année, citons l'assurance autonomie, les unités neurologiques, le plan e-Santé, l'AViQ et l'échelle BelRAI.

Groupe de travail DI-RHM

Le groupe de travail des experts DI-RHM de santhea a continué à se réunir à un rythme mensuel soutenu tout au long de l'année 2016, s'attelant, entre autres missions, à répondre de la façon la plus étayée possible aux questions et propositions de la Ministre De Block dans son Plan d'approche du nouveau financement hospitalier, concernant le DI-RHM et le modèle de financement NRG.

Le groupe de travail a également permis à santhea d'argumenter les points d'attention relatifs aux NRG à l'occasion de leur examen par le CNEH.

En parallèle de ces réflexions, en juin 2016, santhea lance, en s'appuyant sur le DEQ, une analyse des données croisées DI-RHM - DM-RHM de ses hôpitaux membres, l'objectif visé étant d'objectiver la variabilité des soins infirmiers par sous-groupe d'APR-DRG (pathologie, indice de sévérité, âge, durée de séjour...) et tenter de définir les items infirmiers majoritairement responsables de cette variabilité. Pour mener à bien ces analyses, un représentant du DEQ a veillé à assister régulièrement au groupe de travail dans le but d'assurer le suivi des analyses et d'obtenir un retour continu des experts de terrain visant à orienter la recherche.



Groupe de travail Médiation

Le groupe de travail «Médiation», organisé et animé par le médiateur hospitalier, se réunit mensuellement depuis février 2004. L'analyse des cas pratiques en vue de l'élaboration d'un catalogue à caractère «jurisprudentiel» s'est poursuivi en 2016 selon les modalités définies en janvier 2005 et de façon bimestrielle. En alternance, les autres séances sont consacrées à l'étude de thèmes spécifiques, choisis par le groupe, comme la médiation en santé mentale, la rédaction du rapport annuel, le respect du secret professionnel et de la vie privée ou encore le rôle des compagnies d'assurance en cas de litiges. Depuis 2012, le groupe est élargi aux praticiens médicaux, infirmiers et hospitaliers lors de deux séances à thème. En 2016 ont été abordés: chirurgie esthétique et réparatrice, la problématique de la douleur, éthique narrative et médiation, communication d'informations au patient et médiation dans le cadre de la 6^{ème} réforme de l'Etat.

Groupe de travail «Tableau 13 de FINHOSTA»

Le 15 mars, santhea a réuni une série d'experts du tableau 13 de FINHOSTA (données relatives au personnel,) issus de ses hôpitaux à la demande du SPF-SP. Leur travail a permis de proposer à l'Administration une série d'adaptations et de simplifications concrètes de ce tableau.

Groupe de travail Ressources Humaines : Analyse du dossier IF-IC et invitation de l'un de ses représentants

Le groupe de travail «Ressources Humaines» se réunit tous les deux ou trois mois dans le but de présenter aux directeurs RH participants des institutions membres les actualités sectorielles et législatives pour les secteurs public et privé. La réunion du mois de février a notamment mis à l'ordre du jour le dossier IF-IC. Après une introduction succincte sur la question du financement récurrent de 50 millions d'€ et sur l'intérêt pour le secteur public d'être aussi impliqué, la parole a été donnée à un membre de

l'ASBL IF-IC pour une présentation sur la manière dont l'Institut a travaillé pour aboutir à sa classification de fonctions.

Groupe de travail Ressources Humaines : Production de rapports sur base des données FINHOSTA RH

Dans le but de concrétiser notre volonté de développer l'aspect ressources humaines dans notre Datawarehouse, le DEQ a participé en 2016 au groupe de travail Ressources Humaines (GT RH) organisé au sein de santhea. L'objectif étant de connaître les besoins du secteur, notamment en termes d'indicateurs, mais également de recevoir un feedback par rapport aux développements déjà concrétisés. Lors de la réunion de juillet, l'ensemble des tableaux FINHOSTA en rapport avec les ressources humaines ont été passés en revue afin de déterminer lesquels d'entre eux pouvaient être jugés fiables, comparables et pertinents dans le cadre d'un benchmark interhospitalier. Quelques indicateurs ont d'ores et déjà été discutés. Sur base de ce retour, deux rapports basés exclusivement sur le tableau 13 de FINHOSTA (nombre de travailleurs + coûts salariaux) ont été réalisés. Le rapport anonyme permet de comparer entre elles les institutions en termes de coûts salariaux moyens, de nombre d'ETP par lit, de composition du personnel et de taux de qualification du personnel soignant. Le rapport individuel présente de son côté les mêmes indicateurs en permettant cependant de les visualiser pour tous les centres de frais et pour toutes les catégories de personnel, certaines de ces informations étant masquées dans le rapport anonyme étant donné qu'elles permettraient d'identifier certains hôpitaux.

Groupe de travail Ressources Humaines – Commission Soins Infirmiers

Le groupe de travail «Ressources Humaines – Commission Soins Infirmiers» a organisé en 2016 des réunions mensuelles au 1^{er} semestre et bimensuelles au second. Comme son nom le renseigne, celui-ci inclus des représentants de départements des Ressources Humaines et Infirmiers des hôpitaux affiliés.



Ont notamment été abordés comme sujets cette année les inspections lois social et le programme de formation «législation sociale et horaires». Le groupe de travail a également été l'occasion, à l'initiative de deux hôpitaux en matière de gestion du temps de travail et de planification des horaires, de présenter d'une part un programme d'information du personnel infirmier au sujet du calcul des heures supplémentaires et des sursalaires qui en découlent et d'autre part, un outil informatique de planification des horaires à l'aune des prescrits légaux relatifs aux comptes des heures prestées et de l'application des règles de sursalaires.

Groupe de travail Santé mentale

Le groupe de travail «Santé Mentale» s'est réuni cette année le 19 décembre. Cette première rencontre a permis de faire le point sur les différents sujets d'actualité, les attentes des membres mais également de définir le soutien que santhea pourrait leur apporter. Le groupe de travail a fixé un programme clair en fonction des priorités des membres, principalement orienté sur le suivi des travaux des groupes de travail de l'organe de concertation adultes.

Groupe de travail Satisfaction Patients

L'ensemble des activités liées à l'enquête Satisfaction Patients organisée par le Département Études & Qualité fait l'objet du suivi d'un groupe de travail spécifique. La réunion du groupe organisée au mois de mars a permis d'aborder la mise en ligne des rapports en lien avec l'enquête sur la plateforme

SharePoint, l'analyse des résultats produits mais également de discuter à propos des paramètres à utiliser ainsi que de la possibilité de produire un benchmarking pour le questionnaire «Consultations».

Groupe de travail Soins palliatifs

Au vu de l'investissement de santhea dans le CNEH et des discussions en vigueur à propos de l'organisation des soins palliatifs futurs, santhea a organisé le 13 septembre un groupe de travail rassemblant un panel d'experts en la matière issus de ses hôpitaux membres. Le projet d'avis du CNEH sur ce dossier y est parcouru, discuté et amendé en vue de la prochaine réunion du Conseil.

Organisation d'une «Tournée SharePoint» : Rencontre des utilisateurs et présentation de l'outil.

En vue de présenter la plateforme SharePoint et son nombre grandissant de rapports aux membres de santhea, le Département Études & Qualité s'est déplacé dans une institution hospitalière membre de la fédération dans chaque province. La première présentation de cette tournée eu lieu en avril dans la ville de Charleroi. Celle-ci a détaillé le projet et ses origines, des explications sur la sécurité du site SharePoint en incluant également un passage en revue «live» des différents rapports existants.

Journées d'études santhea : Mise à l'honneur de la santé mentale.

La première moitié des journées d'études de santhea a été consacrée cette année à la santé mentale et plus particulièrement à un bilan et aux perspectives après 4 années de projets 107. Ce regard sur des années de travail intense dans la réforme «107» a permis de mesurer les multiples avancées et de tirer des enseignements sur la façon dont les réformes hospitalières ont été gérées. L'occasion a également été belle pour plusieurs membres de présenter concrètement leurs services.

Conférences et Évènements

Congrès **Association Belge des Hôpitaux (ABH)**: Évolution des besoins en lits hospitaliers

En juin, le 33^{ème} congrès annuel de l'Association Belge des Hôpitaux (ABH) a été consacré à la question du nombre de lits hospitaliers en Belgique. Les recherches réalisées par le Département Études & Qualité en 2014 et 2015 ont été à cette occasion exploitées pour présenter au monde hospitalier la vision de santhea en la matière, toujours dans le respect de la décision du SPF-SP de ne pas diffuser directement les résultats de notre étude sur les besoins futures en lits.

Conférence de lancement de la réforme de **l'arrêté royal n°78**

Cinquante ans après l'entrée en vigueur de l'arrêté royal n°78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, celui-ci est amené à être renouvelé par un nouveau cadre légal qui redéfinit le partage des compétences dans le domaine des soins de santé. Santhea a été représenté lors de la conférence organisée par le SPF-SP pour marquer cet évènement historique.

Symposium sur les **essais cliniques pragmatiques**, «orientés pratique» organisés sur fonds publics

La cellule essais cliniques du KCE a organisé en octobre un symposium consacré aux besoins des investigateurs et des équipes hospitalières menant des essais cliniques pragmatiques, «orientés pratique», organisés sur fonds publics.



Vu l'intérêt potentiel pour certains établissements, un membre du Pôle Conseil de santhea a été délégué pour l'occasion dans l'assistance. La journée a été l'opportunité de se focaliser sur quelques programmes régionaux ou internationaux s'inscrivant dans cette démarche via la présentation de plusieurs exemples concrets. Le KCE a particulièrement souligné tout l'intérêt de mener des essais cliniques répondant à des questions médicales d'importance mais qui n'ont aucune chance d'être supportée par l'industrie par manque d'impact commercial (techniques chirurgicales, psychothérapie, médicaments pédiatriques ou pour maladies orphelines, nouvelles indications d'anciens médicaments, etc.). Une méthode d'implémentation de ces essais a été proposée. Sa mise en application est en cours dans plusieurs projets dont certains auxquels participent nos hôpitaux universitaires.

Jubilé de l'Association Intercommunale d'Œuvres Médico-Sociales (AIOMS), devenue INAGO

Courant 2016, l'Association Intercommunale d'Œuvres Médico-Sociales (AIOMS) est devenue «INAGO» («IN» pour inclusion, «AG» pour âge et «O» pour l'accessibilité en langue française et allemande). Proche de ses membres, santhea a participé à l'évènement incluant une présentation et une explication sur la nouvelle appellation choisie.

MAHA 2016 : Présentation des résultats financiers 2015 des hôpitaux généraux et psychiatriques

Santhea a participé le 23 septembre à la présentation MAHA 2016 (résultats financiers 2015 des hôpitaux) organisée par Belfius pour les hôpitaux généraux. L'étude conclut à une détérioration du résultat d'exploitation de ces institutions, tant privées que publics, en Belgique et ce malgré des investissements soutenus (s'appuyant en particulier sur un endettement financier en forte progression) et une certaine maîtrise des coûts salariaux (progression limitée du nombre d'ETP et stabilité du coût moyen salarial). Le résultat courant des hôpitaux généraux, en baisse de 40 millions par rapport à 2014, retombe sous la barre de 1% du chiffre d'affaires, ce qui confirme la fragilité financière du secteur. Un peu plus d'un hôpital général sur cinq ne respecte par ailleurs qu'un des quatre critères financiers de base définis ou n'en respecte aucun. La seconde présentation annuelle de MAHA, à laquelle nous avons également assisté et consacrée aux hôpitaux psychiatriques, a montré une situation saine et stable pour ces établissements sur base des résultats financiers 2015. La décision de retrait des moyens complémentaires de la Ministre De Block à partir du second semestre 2016 n'a cependant pas encore impacté les comptes des hôpitaux concernés.

Symposium sur les soins pharmaceutiques sécurisés

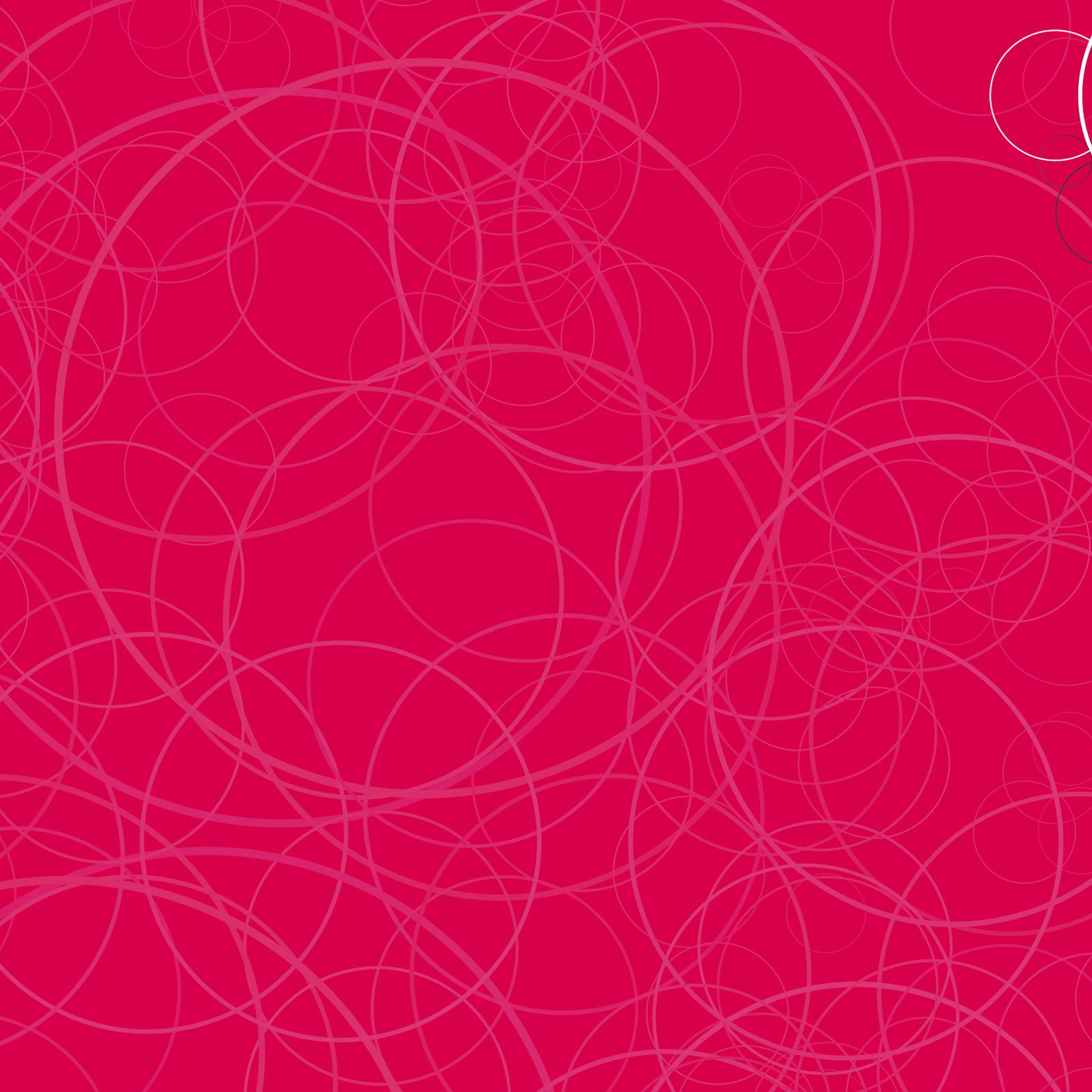
Un membre du Pôle Conseil de santhea a assisté cette année à la journée d'étude intitulée «*Soins pharmaceutiques sécurisés: un engagement des soignants*» organisée par le SPF-SP. Les sujets présentés ont abordé divers aspects de la sécurisation et de l'amélioration des processus en matière de soins pharmaceutiques au sein et à partir des hôpitaux. Parmi les projets détaillés, deux proviennent d'établissements membres de santhea:

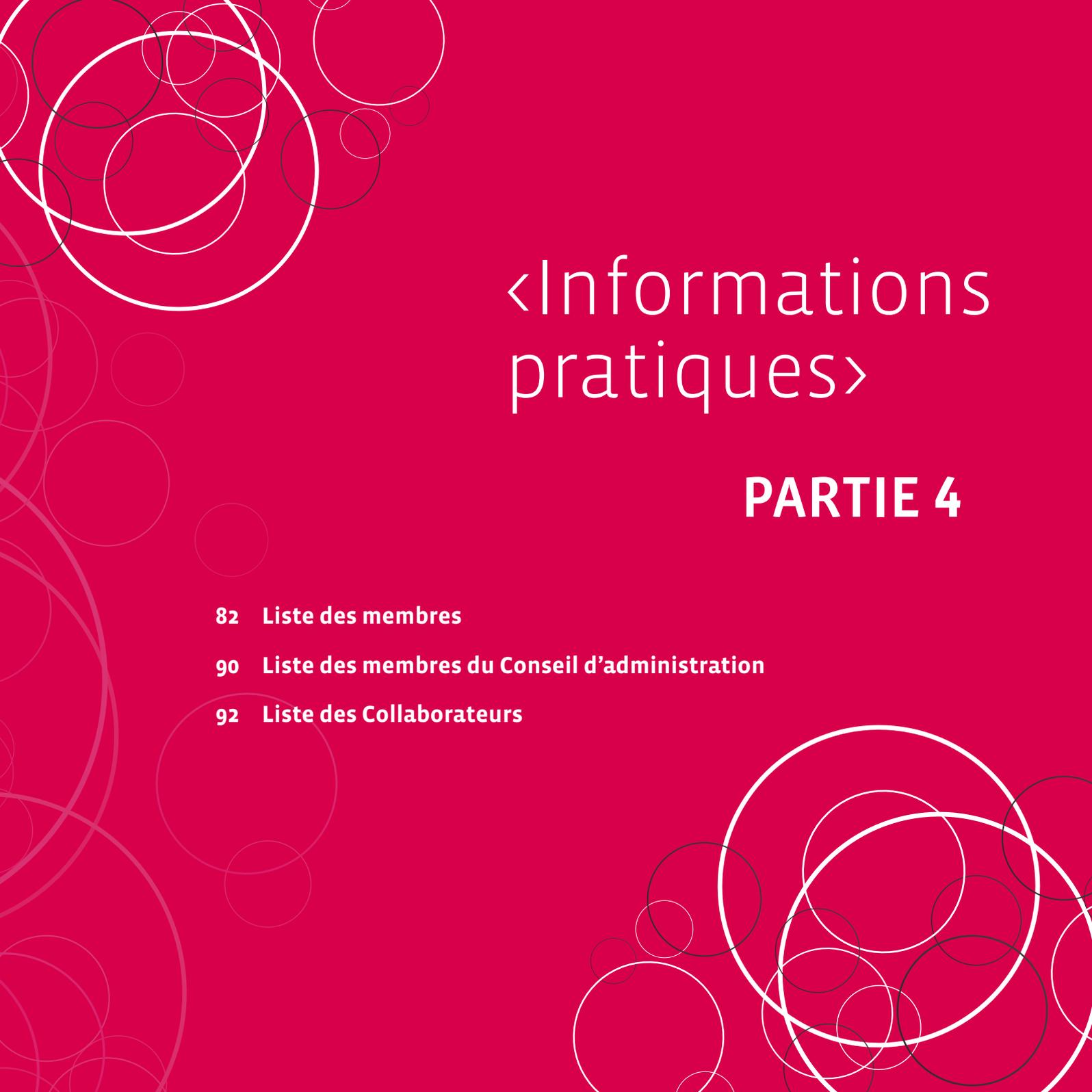
- l'accompagnement pharmaceutique au sein du service de pharmacie de l'Hôpital Erasme des patients infectés par le VIH;
- un projet-pilote d'hospitalisation à domicile en cours au CHwapi dans le cadre d'une antibiothérapie (premiers résultats encourageant mais nécessitant une collaboration étroite entre l'infectiologue, les prestataires de soins à domicile, l'officine hospitalière et l'officine publique).

À l'issue de la journée, il est apparu clairement que l'axe essentiel menant à de meilleurs soins pharmaceutiques hospitaliers est la collaboration multidisciplinaire et, au besoin, transmurale, que ce soit sur un projet précis ou sur les pratiques plus générales faisant partie des soins dispensés à l'hôpital.

Université de printemps de l'École de Santé Publique de l'ULB

Au vu de l'importance de la thématique du plan e-Santé 2.0, incluant notamment l'intégration au niveau national de la terminologie médicale intelligente SNOMED-CT, la participation d'un membre du DEQ à l'Université de printemps de l'École de Santé Publique de l'ULB a été programmée cette année. Cette semaine de conférences, de réflexions et d'apprentissages comprenant en 2016 un module consacré à cette thématique, dont la maîtrise deviendra indispensable à moyen terme, l'occasion fut parfaite d'en profiter pour développer les connaissances de l'équipe sur le sujet pour ses futurs recherches et travaux.





«Informations pratiques»

PARTIE 4

- 82 Liste des membres**
- 90 Liste des membres du Conseil d'administration**
- 92 Liste des Collaborateurs**

Liste des membres

Hôpitaux

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

| | | |
|-----------|---|---------------------|
| 20 | Centre Neurologique et de Réadaptation | Fraiture-en-Condroz |
| 21 | Centre régional de Soins Psychiatriques «Les Marronniers» | Tournai |
| 22 | Clinique André Renard | Herstal |
| 23 | Clinique Reine Astrid | Malmedy |
| 24 | Hôpital Erasme | Bruxelles |
| 25 | Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola | Bruxelles |
| 26 | Hôpitaux IRIS Sud | Bruxelles |
| 27 | Inago | Moresnet |
| 28 | I.S.o.S.L. - Centre Hospitalier Psychiatrique | Liège |
| 29 | I.S.o.S.L. - Centre Hospitalier spécialisé «L'Accueil» | Lierneux |
| 30 | I.S.o.S.L. - Valdor - Pérêt | Liège |
| 31 | I.S.P.P.C. - Hôpital André Vésale | Montigny-le-Tilleul |
| 32 | I.S.P.P.C. - Hôpital Civil Marie Curie | Lodelinsart |
| 33 | Institut Jules Bordet | Bruxelles |
| 34 | L'Equipe | Bruxelles |
| 35 | VIVALIA - Centre Hospitalier de l'Ardenne | Libramont |
| 36 | VIVALIA - Cliniques du Sud Luxembourg | Arlon |
| 37 | VIVALIA - IFAC | Marche |
| 38 | VIVALIA - Institut Neuro-psychiatrique «La Clairière» | Bertrix |

MR/MRS

- 1 Domaine des Blés Dorés (ISOSL)
 - 2 Domaine des Riezes et Sarts (ASBL - UNMS)
 - 3 Heureux Séjour (ISPPC)
 - 4 Home de Seny (ASBL)
 - 5 Institut Pachéco (CPAS)
 - 6 Quiétude (ISPPC)
 - 7 La Closière (CPAS)
 - 8 La Maison de Mariemont (ASBL)
 - 9 Le Grand Pré (CPAS)
 - 10 Le Mont Falise (CHRH)
 - 11 Les Chardonnerets (CPAS)
 - 12 Les Crépales (CHRH)
 - 13 Les Heures Claires (CAHC)
 - 14 Les Heures Paisibles (INTERSENIORS)
 - 15 Les Jolis Bois (CPAS)
 - 16 Les Jours Paisibles (SOLIDARIS)
 - 17 Les Murlais (ISOSL)
 - 18 Maison d'Harschamp (CPAS)
 - 19 Pierre-Paulus (ISPPC)
 - 20 Résidence Bouvière (VIVALIA)
 - 21 Résidence Chantraine (INTERSENIORS)
 - 22 Résidence Comtesse Madeleine d'Oultremont (ASBL)
 - 23 Résidence Dejaïve (AISBS)
 - 24 Résidence Do Grand Fa (CPAS)
 - 25 Résidence Domaine du Château (INTERSENIORS)
 - 26 Résidence du Chemin de Loncin (ISOSL)
 - 27 Résidence du Heysel (CPAS)
 - 28 Résidence Eglantine (INTERSENIORS)
 - 29 Résidence Ferdinand Nicolay (CPAS)
 - 30 Résidence Grandgagnage (CHRH)
 - 31 Résidence Isabelle (CHRH)
 - 32 Résidence La Barcarolle (CPAS)
 - 33 Résidence Laetare (CPAS)
- Awans
Couvin
Courcelles
Tinlot
Bruxelles
Montigny-le-Tilleul
Saint-Servais
Morlanwelz
Wepion
Huy
Jambes
Huy
Spa
Waremme
Saint-Georges-sur-Meuse
Baudour
Liège
Namur
Châtelet
Vielsam
Saint-Nicolas
Mons (Ghlin)
Fosses-la-Ville
Malmedy
Flémalle
Ans
Bruxelles
Seraing
Stavelot
Vaux-et-Borset
Amay
Stembert
La Louvière

| | | |
|----|--|---------------------------|
| 34 | Résidence La Kan (INAGO) | Aubel |
| 35 | Résidence La Lainière (CPAS) | Verviers |
| 36 | Résidence Lambert Wathieu (INTERSENIORS) | Seraing (Jemeppe-S/Meuse) |
| 37 | Résidence Le Centenaire (INTERSENIORS) | Seraing (Ougrée) |
| 38 | Résidence Le Chalon (C.H. DES HAUTES FAGNES) | Chimay |
| 39 | Résidence Le Doux Séjour (ISOSL) | Herstal |
| 40 | Résidence Leonardo Da Vinci (ISOSL) | Welkenraedt |
| 41 | Résidence Léon d'Andrimont (CAHC) | Limbourg |
| 42 | Résidence Le Temps des Cerises (AISBS) | Mettet |
| 43 | Résidence Le Tilleul d'Edouard (ISOSL) | Liège |
| 44 | Résidence Les Aubépines (CPAS) | La Louvière |
| 45 | Résidence Les Avelines (CHRH) | Wanze |
| 46 | Résidence Les Eglantines (CPAS) | Bruxelles |
| 47 | Résidence Les Genêts (INTERSENIORS) | Seraing (Ougrée) |
| 48 | Résidence Les Jardins d'Elisabeth (CPAS) | Waimes |
| 49 | Résidence Les Orchidées (ISOSL) | Liège |
| 50 | Résidence Les Prés Brion (CHRH) | Huy |
| 51 | Résidence Les Saules (ISOSL) | Bassenge |
| 52 | Résidence Les Trois Rois (ISOSL) | Visé |
| 53 | Résidence Les Ursulines (CPAS) | Bruxelles |
| 54 | Résidence Louis Demeuse (ISOSL) | Herstal |
| 55 | Résidence Philippe Wathelet (CAHC) | Stoumont |
| 56 | Résidence Régina (INAGO) | Plombières |
| 57 | Résidence Saint-Joseph (CPAS) | Verviers |
| 58 | Résidence Sainte-Gertrude (CPAS) | Bruxelles |
| 59 | Résidence Springuel-Hellin (CPAS) | Saint-Nicolas |
| 60 | Résidence Val des Séniors (VIVALIA) | Wellin (Chanly) |
| 61 | Saint-Antoine (VIVALIA) | Virton (Saint-Mard) |
| 62 | Sainte-Elisabeth (CPAS) | Herve |
| 63 | Sainte Famille (CPAS) | Thimister-Clermont |
| 64 | Saint-Joseph (CPAS) | Temploux |
| 65 | Saint-Joseph (INAGO) | Plombières |
| 66 | Seniorenheim St. Elisabeth (VIVIAS) | Saint-Vith |
| 67 | Seniorenheim Alten Und Pflegeheim (VIVIAS) | Bütgenbach |
| 68 | Seniorie de Sainte-Ode (VIVALIA) | Sainte-Ode |

CAJ- CSJ

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

Résidences-services

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

Awans
Flémalle
Courcelles
Waremme
Morlanwelz
Wépion
Spa
Liège
Vielsalm
Ans
La Louvière
Aubel
Herstal
La Louvière
Wanze
Waimes
Visé
Welkenraedt
Limbourg
Plombières
Plombières
Bütgenbach
Saint-Vith

Awans
Namur
Bruxelles
Herstal
Morlanwelz
Saint-Nicolas

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

Visé
Spa
Saint-Georges-Sur-Meuse
Vielsalm
Ans
La Louvière
Chimay
Welkenraedt
Limbourg
Wanze
Bruxelles
Huy

Appartement pour vieux ménages

- 1 | Résidence des Hauteurs (ISOSL)

Liège

Conventions de revalidation

- 1 | ASBL ALISES
- 2 | ASBL Diapason - Transition
- 3 | Clairs Vallons
- 4 | ENADEN
- 5 | La Traversière
- 6 | Les Hautes Fagnes
- 7 | M.A.S.S. de BRUXELLES
- 8 | Poliade
- 9 | START
- 10 | WOPS

Carnières
Charleroi
Ottignies
Bruxelles
Nivelles
Malmedy
Bruxelles
Ghlin
Liège
Bruxelles

Mutualités

- 1 Mutualité socialiste Solidaris du Brabant Wallon
- 2 Mutualité socialiste Solidaris du Luxembourg
- 3 Mutualité socialiste Solidaris de Liège
- 4 Mutualité socialiste Solidaris de Mons - Wallonie picarde
- 5 Mutualité socialiste Solidaris du Centre, Charleroi et Soignies
- 6 Mutualité socialiste Solidaris de Namur
- 7 Union Nationale des Mutualités Socialistes - Solidaris

Tubize
Saint-Hubert
Liège
Ath
Charleroi
Saint-Servais
Bruxelles

Soins à domicile

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

Bruxelles
Bruxelles

Polyclinique

- 1 ASBL Centres spécialisés du Hainaut

La Louvière

Laboratoires de biologie clinique et d'anotomo-pathologie

- 1 CARAD
- 2 IBC
- 3 IPG

Huy
Bruxelles
Gosselies

Médecine du travail

- 1 SPMT-ARISTA

Bruxelles

Petite enfance

1 | F.I.L.E.

Wavre

Planning familial

1 | Fédération des centres de planning familial

Bruxelles

Transfusion sanguine

1 | Croix-Rouge de Belgique - Service du Sang

Bruxelles

Initiatives d'Habitations Protégées

1 | 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

Liste des membres du Conseil d'administration

Bureau

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

Vices-Présidents : C.H.U.P.M.B. Ambroise Paré représenté par **Bouchez Chantal**

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

Secrétaire : Le Domaine représenté par **Praet Jean-Claude**

Trésorier : C.H.U. du Bois de l'Abbaye représenté par **De Simone Stéphanie**



Membres

ALISES ASBL, représentée par **Luisetto Stefan**
C.H. de Wallonie-Picardie, représenté par **Varvenne Rudy**
C.H.R. de Huy, représenté par **Ronveaux Jean-François**
C.H.R. de la Haute Senne, représenté par **Lossignol Isabelle**
C.H.R. du Val de Sambre, représenté par **Bruart Charles**
C.H.R. Verviers East Belgium, représenté par **Stéphane Lefebvre**
C.H.U. Liège, représenté par **Compère Julien**
C.H.U. Saint-Pierre, représenté par **Dusart Michelle**
INAGO, représentée par **Kohnen Jean-Marie**
Institut Jules Bordet, représenté par **Rillaerts Stéphane**
Interseniors, représenté par **Crapanzano Laura**
I.S.o.S.L., représenté par **Fievez Eric**
I.S.P.P.C., représenté par **Brichard Sophie**
La Traversière, représentée par **Klein Patricia**
VIVALIA, représenté par **Bernard Yves**
Thielens Dirk
Wéry Etienne

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 16 collaborateurs apportant une expertise dans divers domaines :

Pôle Conseil



Yves SMEETS
Directeur Général



Valérie VICTOOR
Conseiller général



Sandra BERBION
Responsable secrétariat
et Communication



Martine DUFRASNE
Secrétaire



Hélène GOOSSENS
Conseiller juridique



Colette JACOB
Conseiller soins
infirmiers et médiation



Pierre-Yves LAMBOTTE
Conseiller
MR-MRS-Revalidation



Marina LIETAR
Conseiller économique



Michel PRAET
Conseiller scientifique



Marc XHROUET
Concertation sociale
Conseiller Santé mentale
et 1^{ère} ligne

Département Etudes et Qualité



Denis HERBAUX

Directeur -

Département Etudes et Qualité



Nicolas BÖTTCHER

Attaché -

Département Etudes et Qualité



Jean-François COLET

Coordinateur IT



Amélie GOOSSENS

Conseiller économique -

Département Etudes et Qualité



Cécile KESTENS

Conseiller économique -

Département Etudes et Qualité

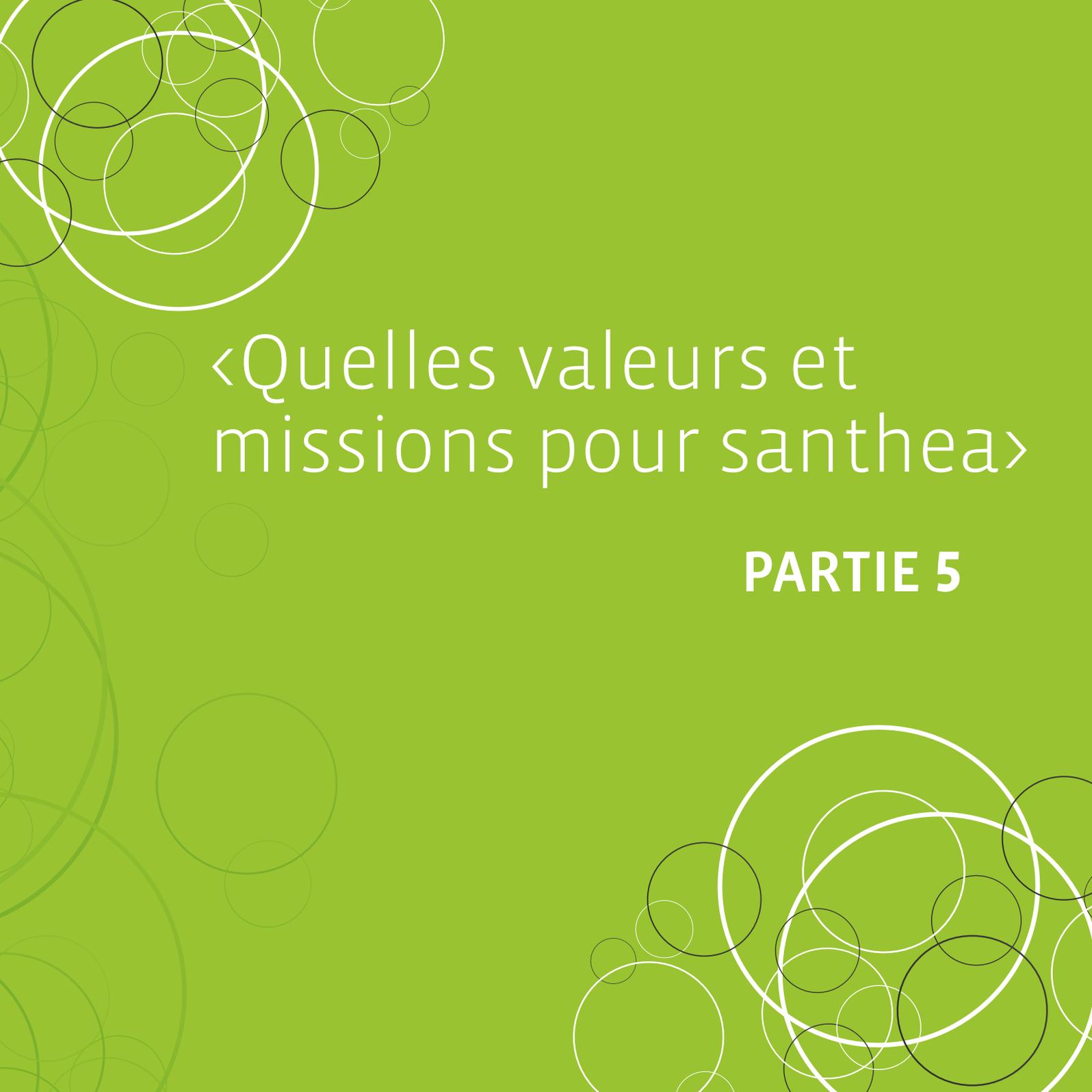


Corentin LETERME

Assistant datawarehouse -

Département Etudes et Qualité





«Quelles valeurs et missions pour santhea»

PARTIE 5

Des valeurs communes et des outils pour les promouvoir

Santhea doit réaffirmer ses valeurs

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

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

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

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

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

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

défend s'appliquent à l'hôpital mais se retrouvent aussi tout au long de la chaîne des soins.

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

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

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

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

- les aspects financiers et budgétaires liés au financement des institutions et aux difficultés budgétaires des pouvoirs publics locaux; ceux qui gèrent des institutions de soins les voient essentiellement comme des centres de coûts et

considèrent leur privatisation comme une économie pour les finances publiques locales. La perte en terme de service public local n'est pas (ou peu) évaluée;

- les aspects budgétaires liés au financement et les contraintes organisationnelles des institutions hospitalières pèsent lourdement sur le corps médical qui est tenté par une pratique privée. A ce propos, l'analyse des conséquences de l'application de la Directive Services de l'Union Européenne au secteur belge des soins de santé est essentielle;
- la rationalisation de l'offre sur un territoire donné à travers la logique de «bassin de soins» est considérée comme une fin en soi dont les conséquences sont principalement évaluées en termes de coûts et insuffisamment en termes de service et de valeurs.

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

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

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

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

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

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

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

Quelques aspects connexes auxquels il faut rester attentif :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le problème particulier de la pénurie de certains professionnels de soins

La médecine hospitalière doit se remettre en question.

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

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

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

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

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

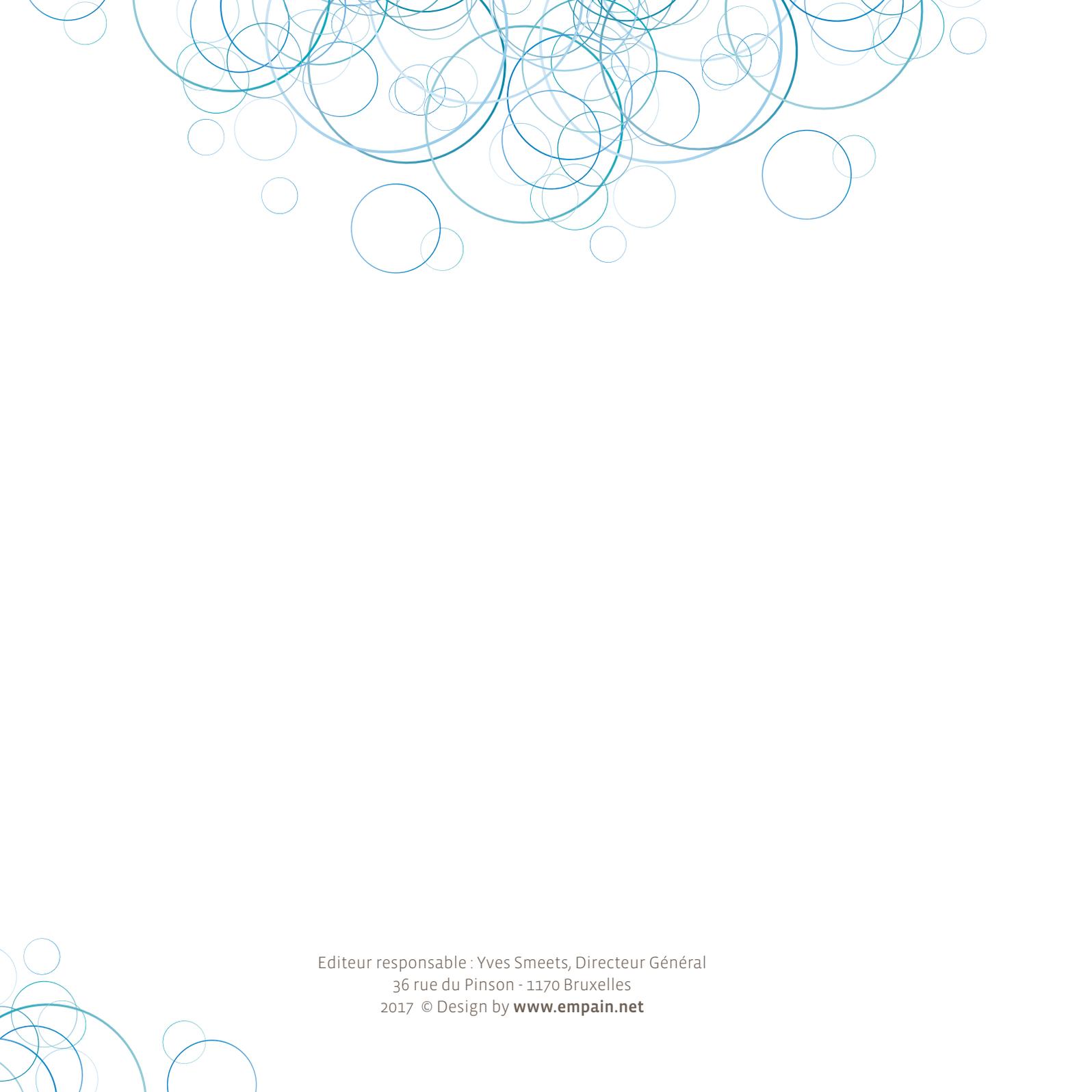
Selon santhea, il existe plusieurs mesures possibles pour inciter les médecins spécialistes à revenir à l'hôpital :

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

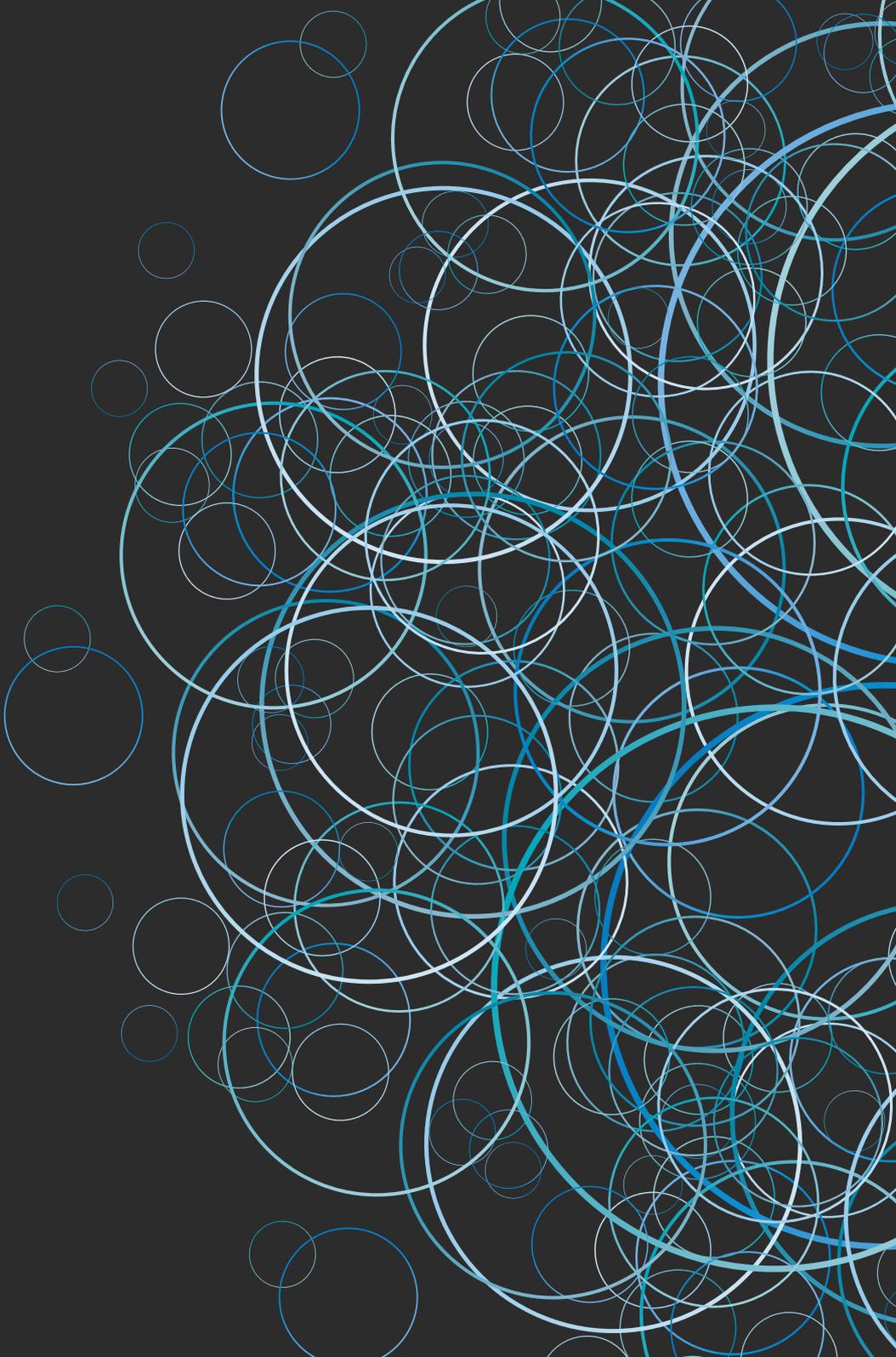
Pour ce qui concerne les infirmiers, santhea concède que les institutions de soins peuvent se révéler peu attractives; pour lutter contre la pénurie, santhea plaide en faveur d'une gestion des ressources humaines qui rétablisse l'attractivité du secteur; santhea évoque 3 autres pistes de réflexion :

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

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



Editeur responsable : Yves Smeets, Directeur Général
36 rue du Pinson - 1170 Bruxelles
2017 © Design by www.empain.net



santhea 

**SIÈGE DE BRUXELLES
& SIÈGE SOCIAL**

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

SANTHEA ASBL

SIÈGE DE WALLONIE

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

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