



Les enjeux du monde de la santé face aux réseaux

Les réseaux cliniques hospitaliers : état des lieux en Belgique

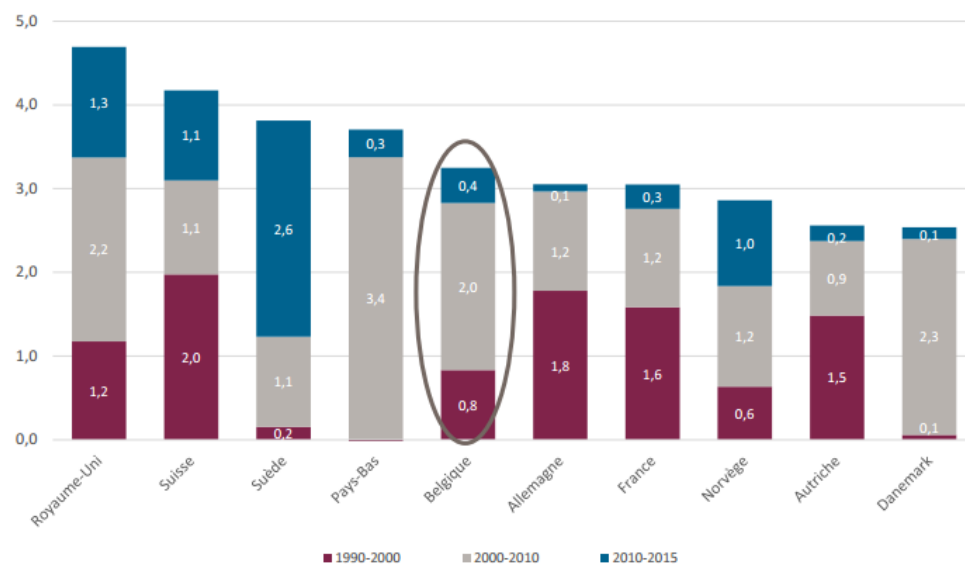
Plan

- ▶ 1. Contexte
- ▶ 2. Les grands principes
- ▶ 3. Les concepts
- ▶ 4. Le réseau clinique locorégional
- ▶ 5. Les missions du réseau clinique locorégional
- ▶ 6. Les missions suprarégionales
- ▶ 7. Maîtrise de l'offre
- ▶ 8. Enjeux

Contexte en Europe

La forte croissance des dépenses de santé, par rapport à l'évolution du PIB, au cours des dernières années a provoqué une forte alarme

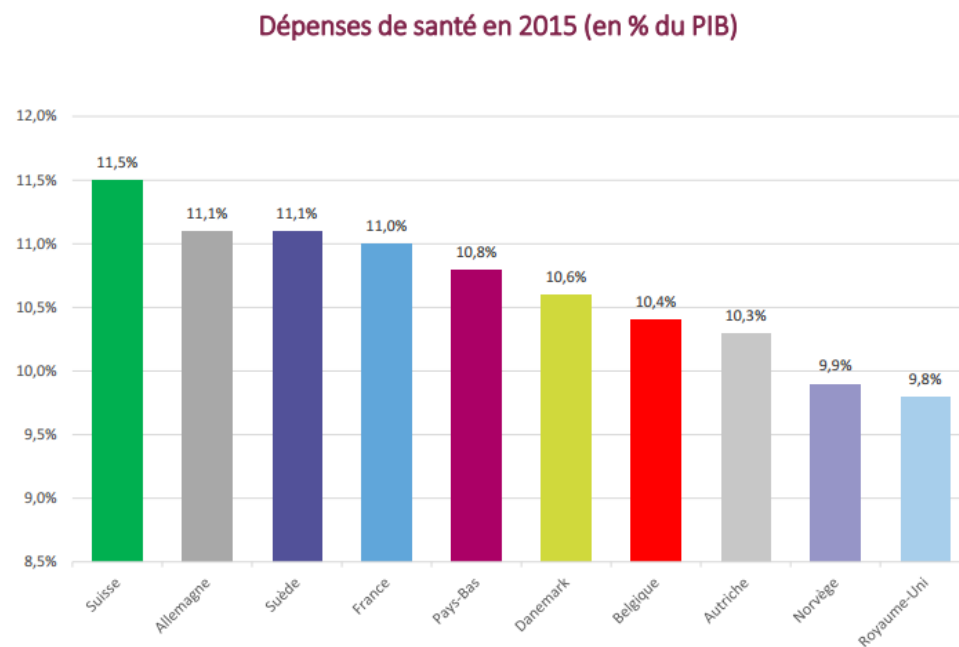
Évolution (%) des dépenses de santé en % du PIB entre 1990-2000, 2000-2010 et 2010-2015



Source: OECD Health Statistics 2016 [En ligne]. Paris: OECD; 2016. Dépenses de santé et financement. Disponible : <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>

Contexte en Europe

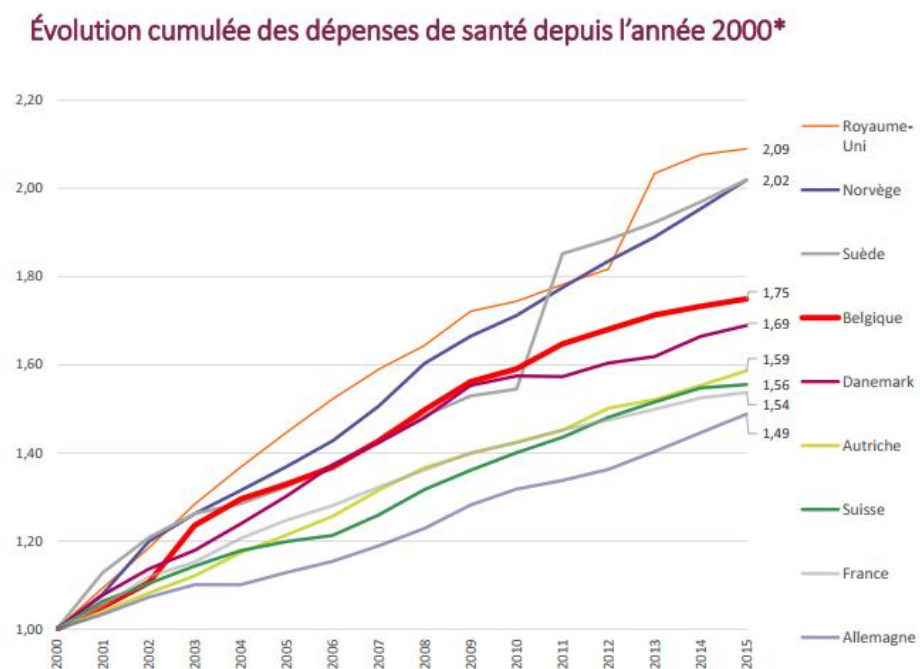
En 2015, les dépenses en santé représentaient 10,4 % du PIB belge



Source: OECD Health Statistics 2016 [En ligne]. Paris: OECD; 2016. Dépenses de santé et financement. Disponible : <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>

Contexte en Europe

Une croissance de 75% du budget en soins de santé entre 2000 et 2015

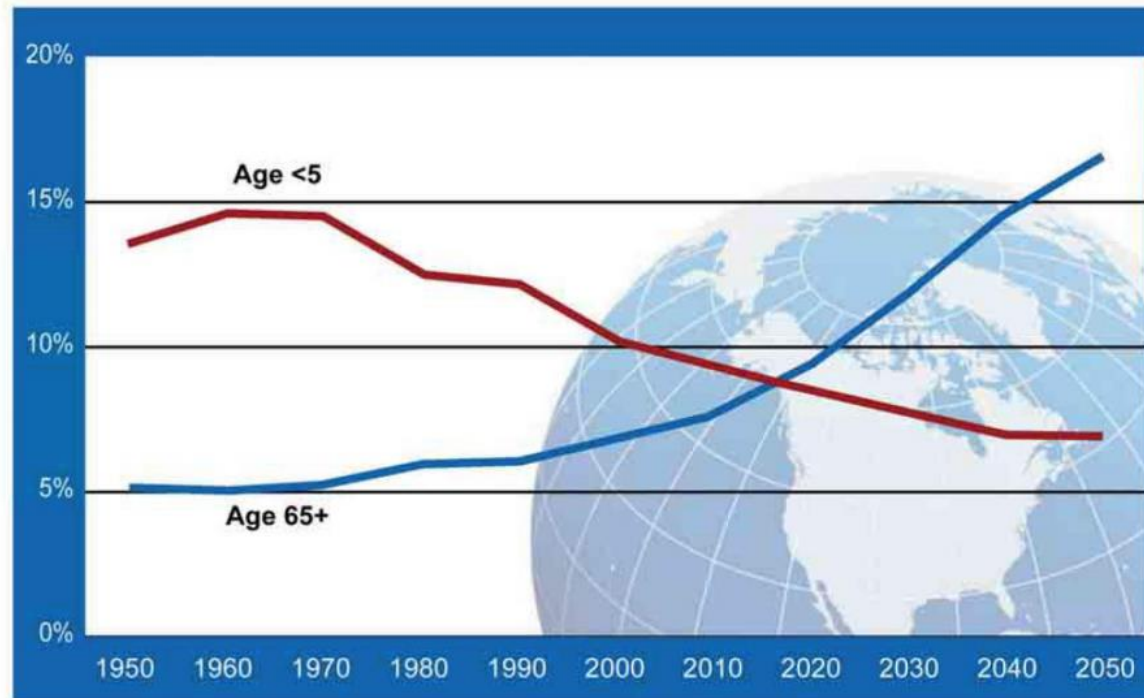


* Les Pays-Bas ne se retrouvent pas dans la source de l'OCDE pour l'évolution des dépenses de santé

Source: OECD Health Statistics 2016 [En ligne]. Paris: OECD; 2016. Dépenses de santé et financement. Disponible : <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>

Contexte général

Young Children and Older People as a Percentage of Global Population: 1950-2050

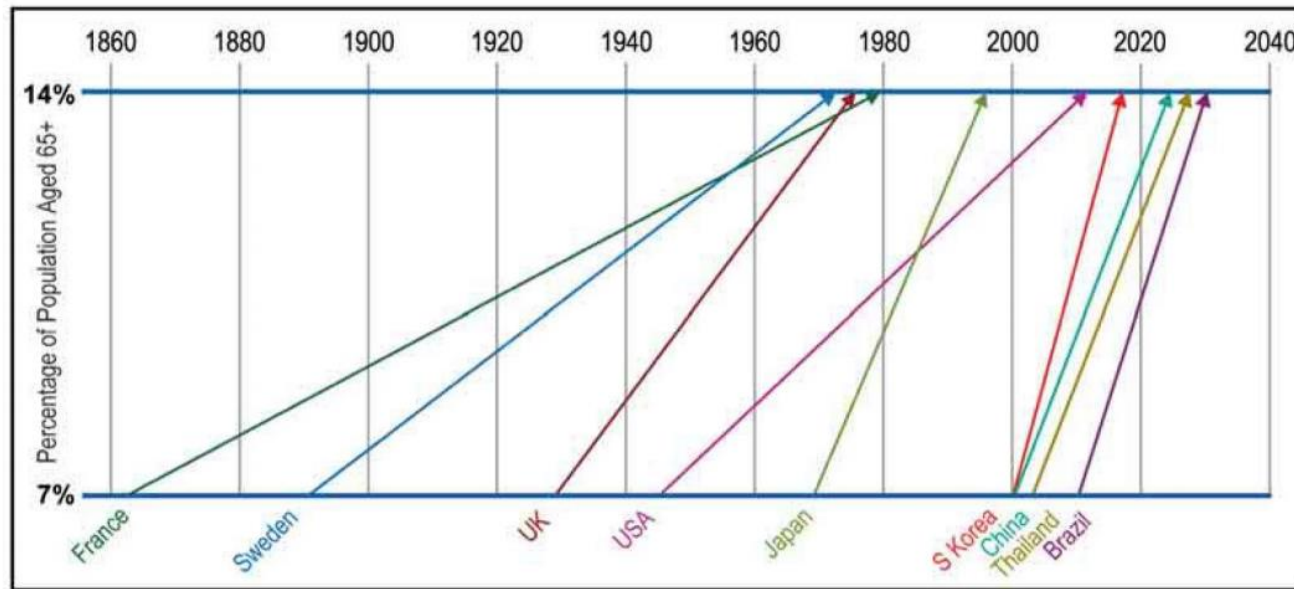


Source: United Nations. *World Population Prospects: The 2010 Revision*.
Available at: <http://esa.un.org/unpd/wpp>.

Contexte général

The Speed of Population Aging

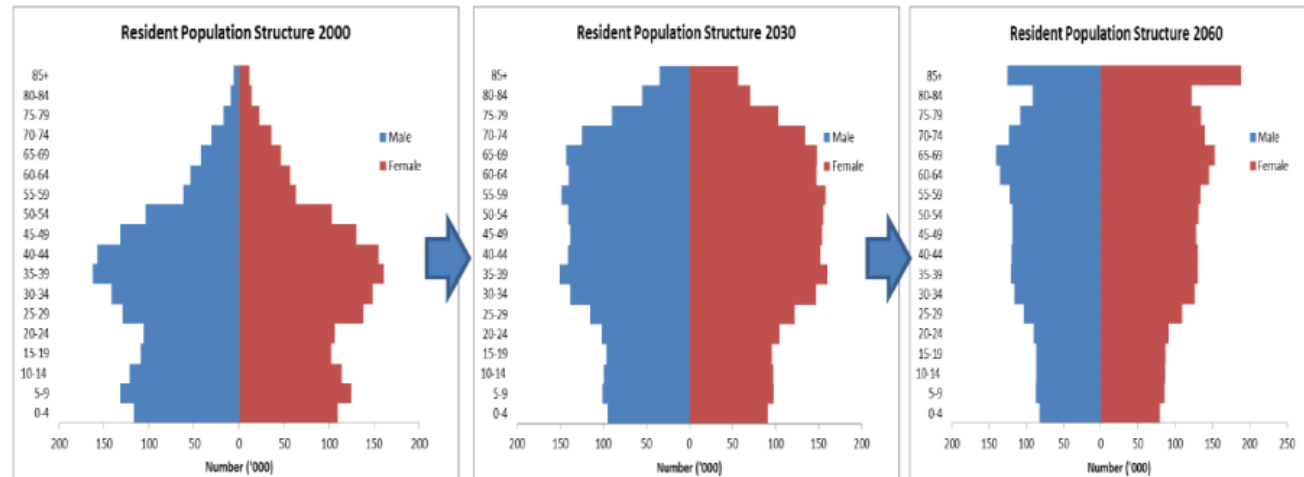
Time required or expected for percentage of population aged 65 and over to rise from 7 percent to 14 percent



Source: Kinsella K, He W. *An Aging World: 2008*. Washington, DC: National Institute on Aging and U.S. Census Bureau, 2009.

Contexte en Asie (Singapour)

Our population is growing and ageing...

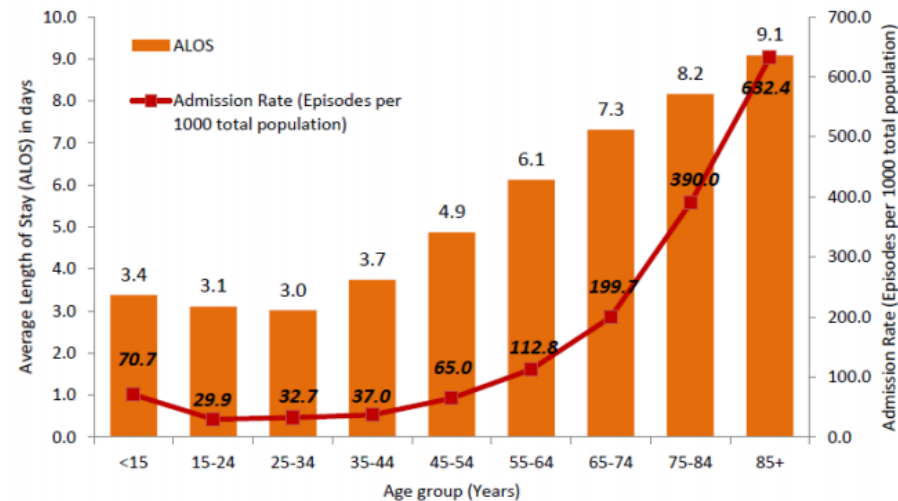


Source: Department of Statistics

Contexte en Asie (Singapour)

Our elderly use more healthcare services.....

Average Length of Stay (ALOS) and Admission Rate by Age Group, 2013

















Note: Includes all admissions at public sector acute hospitals only.

Contexte en Asie (Singapour)



Manpower shortage

Year	Elderly Citizen	Citizens in working-age band of 20-64 years of age	
1970			13.5
2000			8.4
2011			6.3
2015			4.8
2020			3.6
2025			2.6
2030			2.1

Declining Old-Age Support Ratio

Source: Department of Statistics

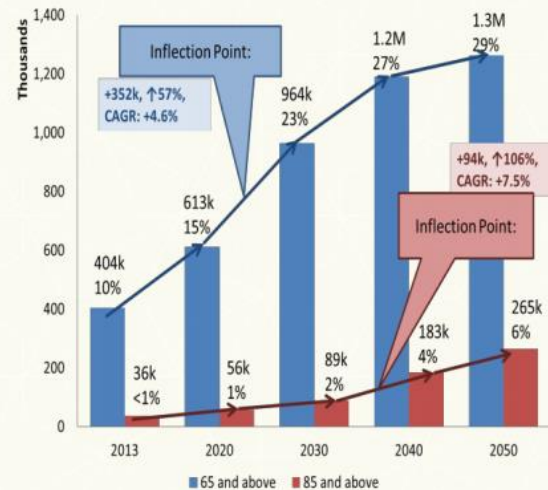
<http://population.sg/key-challenges/#.Vfe-7pe8kfQ>

Contexte en Asie (Singapour)

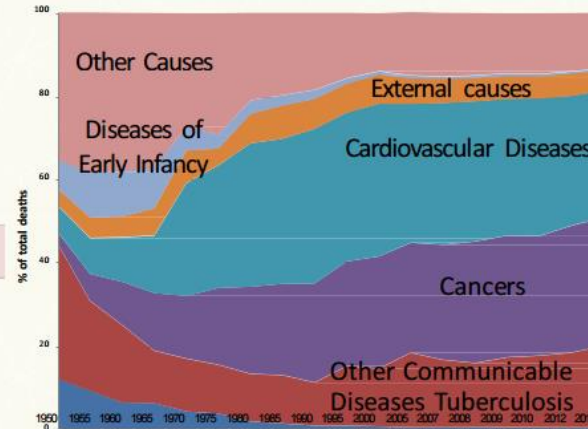
Rising Demand for Healthcare

Rapid Increase in Seniors

Number and proportion of elderly in the resident population



Changing Disease Profile



Source: MOH Healthcare Sectoral Manpower Mtg Feb 2015



I. Contexte – Plan NFH

2015

CADRE GENERAL: UN CONTEXTE QUI A EVOLUE !

Objectifs et points de départ de la réforme du FIN des HOP

Réorganisation du paysage des soins de santé
NOUVEAU CONCEPT D'HOPITAL

1. Photo actuelle
2. Paysage en 2025
3. Concept d'hôpital adapté
4. Instruments politiques

STRUCTURES DE GOUVERNANCE

CLUSTERS DE FINANCEMENT en fonction de la variabilité des soins (basse, moyenne et haute)

1. Basse variabilité: 5 étapes vers un FIN forfaitaire (plus large que les soins hospitaliers)
2. Moyenne variabilité / complexité: 4 étapes
3. Soins très complexes, non standardisables

I. Contexte – Plan NFH : concepts de base

2015

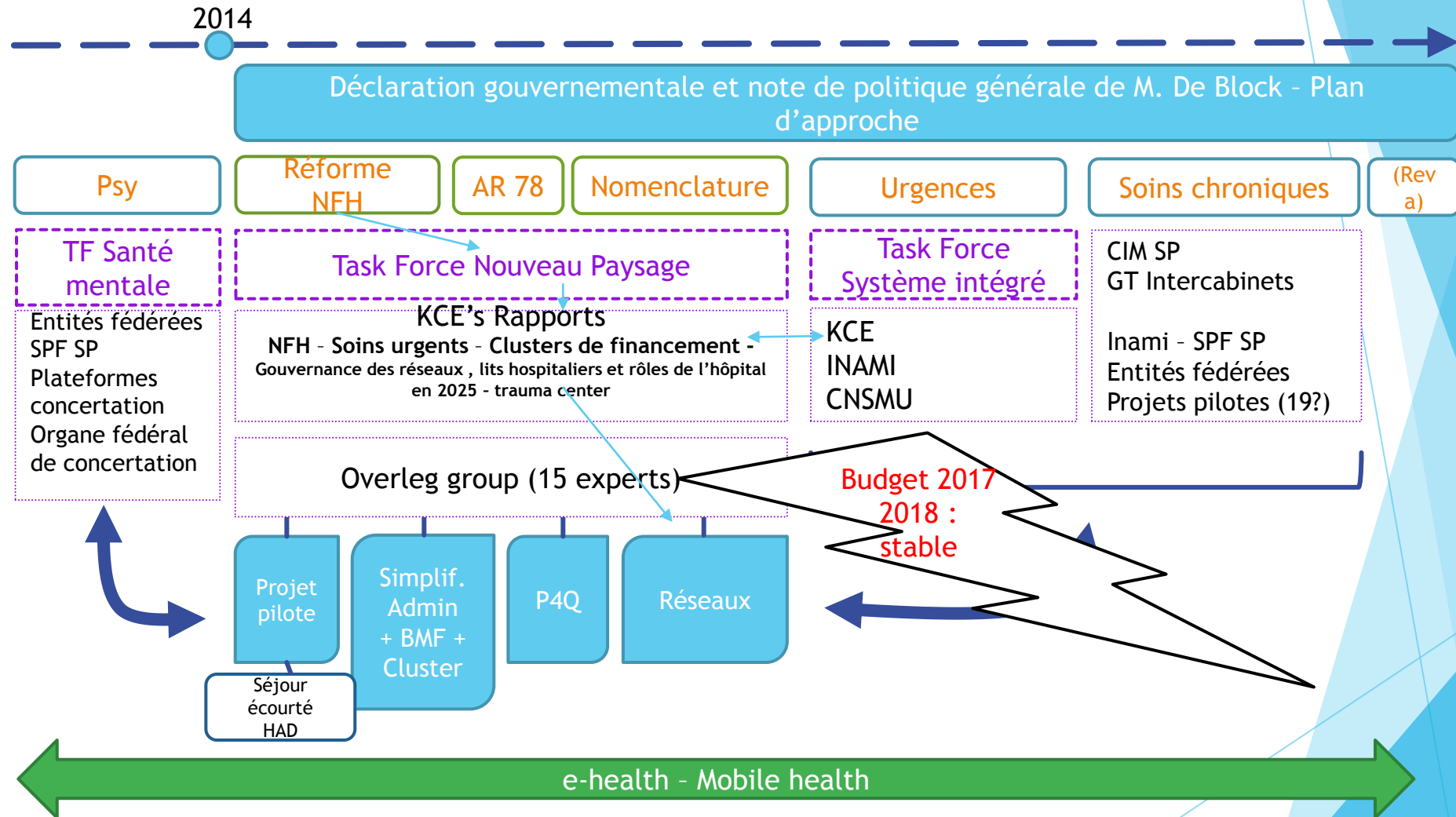
Objectifs et points de départ de la réforme du FIN des HOP

OBJECTIFS (pp. 6- 7)

- Besoins vont aller ++ dans les prochaines années. Budgets sont limités => **VALUE BASED CARE** (augmenter la valeur avec les budgets disponibles). => Réorganisation du paysage et de la filière de soins
 - **Suppression de lits aigus**
 - **Diminution de la durée de séjour**
 - **Collaborations sur le plan des infrastructures coûteuses (équipements médicaux lourds) – CONCENTRATION**
 - **Intégration et coordination entre différentes structures de soins**
- => **CONCEPT DE RESEAU + financement correct des soins JUSTIFIES + maintien global emploi**
- **Préserver et renforcer les points positifs du système actuel** (accessibilité, disponibilité des soins et des prestataires,...)
- **Amélioration constante de la qualité**

OBJECTIF N'EST DONC PAS DE FAIRE DES ECONOMIES !!!

I. Contexte



1^{er} arrêt... Printemps 2015

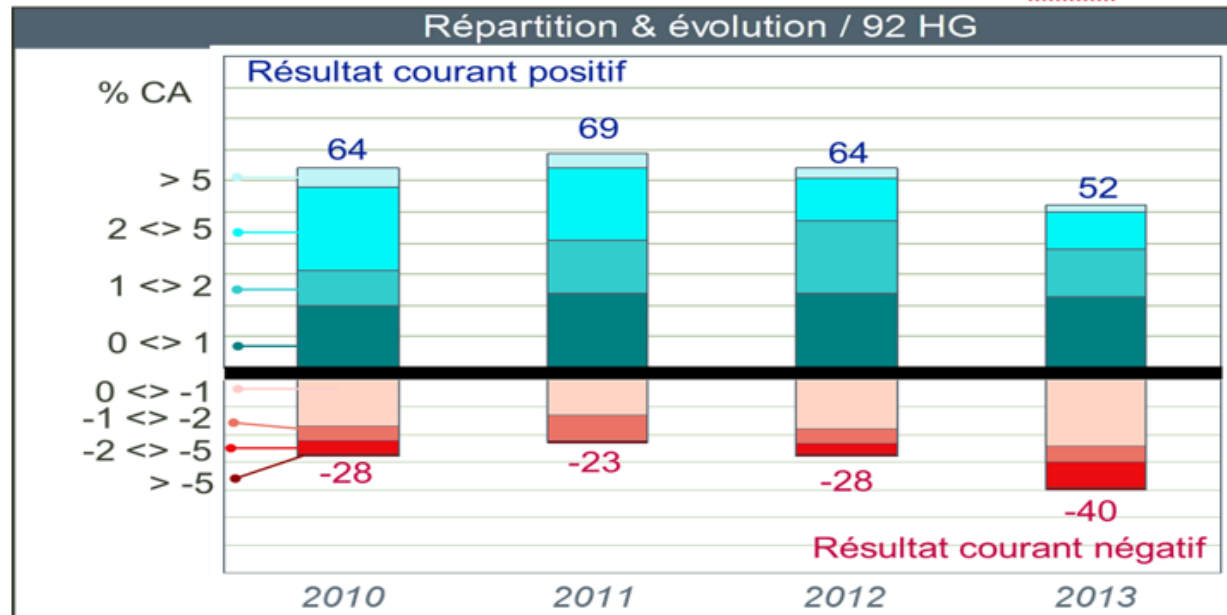
Commission de la Santé publique, 28 avril 2015



Contexte: besoins des réformes

- Santé financière devient précaire dans de plus en plus d'hôpitaux

Belfius MAHA 2014



→ Besoin d'organisation & modèle de financement plus efficace

Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Maggie De Block

.be

23

Petit saut en 2017...

Chiffres clés 2016

 Belfius



- Bilan: 18,6 mia €
- Investissements: 1,3 mia €



- Chiffre d'affaires: + 2,3%
- Rémunérations: + 2,7%
- Résultat net d'expl. : - 12,3%
- Résultat courant : 94 mio €



Sur 3 ans:

- - 617 lits agréés
- + 29 944 admissions
- - 84 368 journées



- + de 95 000 ETP
- 80% de femmes

Défis belges

- ▶ **Points d'attention:**
 - ▶ Forte augmentation des dépenses en soins de santé
 - ▶ Peu d'accent sur la prévention
 - ▶ Complexification des problèmes
 - ▶ Un système très “centré hôpital”
 - ▶ Fragmentation des compétences
 - ▶ Budget

Défis belges

- ▶ **Réponses :**
 - ▶ Réseaux hospitaliers
 - ▶ Réforme du financement des hôpitaux
 - ▶ Réforme de la loi sur les métiers de la santé
 - ▶ Médecine extra muros
 - ▶ e-Health
 - ▶ Révision de la nomenclature

Les principes essentiels concernant les réseaux à travers UNESSA

CADRE GLOBAL
POUR UN
**NOUVEAU
FINANCEMENT
HOSPITALIER**

Mars 2015



Réforme du financement hospitalier
Vision commune des Fédérations hospitalières belges

Avril 2015



F.N.A.M.S.
Fédération nationale des associations médico-sociales
Chaussée de Haecht, 579 - bte 40
1031 - Bruxelles

F.I.H. asbl
Fédération des Institutions Hospitalières
Chaussée de Marche, 604
5101 - Erpent



**10 PRINCIPES CLÉS POUR LA MISE EN PLACE DE RÉSEAUX CLINIQUES
HOSPITALIERS**

Une série de principes, portés et défendus depuis le début, seul ou avec d'autres, dans différents lieux.

Le concept de réseaux au travers UNESSA

- ▶ Une travail de réflexion permanent
- ▶ Start : Note de politique générale de M. De Block et Plan d'approche « Nouveau paysage hospitalier »
- ▶ 2015 : FIH/FNAMS « Modèle intégré de financement et d'organisation des soins »
- ▶ Mai 2016 : 10 principes clés pour la mise en place de réseaux hospitaliers - overleggroep
- ▶ Juillet 2016 : vision commune « Réseaux hospitaliers » - Cabinet M. De Block
- ▶ Janvier 2017 : 3^e contribution « Conditions nécessaires à la conception de réseaux hospitaliers »
- ▶ Echanges inter fédérations - autorités de tutelle - information et analyse prospective à destination des membres.

Principes essentiels concernant les réseaux

2017... et 2025

- FINALITÉ : les valeurs --- accessibilité aux soins, qualité, sécurité et satisfaction du patient
- GARANTIE BUDGÉTAIRE : difficilement conciliable en période de crise.
- PROGRAMMATION : vision à LT et objectifs de santé en regard des besoins définis et *Evidence Based*, centré sur le patient.
- LIBERTÉ : pour le patient, le praticien, les hôpitaux. Il faut les conditions permettant des initiatives innovantes.

Principes essentiels concernant les réseaux

2017... et 2025

- CONSOLIDATION DE L'EXISTANT où chaque hôpital conserve son identité
- AUTONOMIE SOUTENUE : rythme progressif – tenir compte des différences régionales – cohérence entre les niveaux de pouvoir – soutien facilitateur (souplesse du cadre légal)
- COHÉRENCE : entre les différentes initiatives et autres « réseaux »
- AMÉLIORER LA BASE JURIDIQUE

Les collaborations hospitalières

Déjà une réalité mais insuffisante!

- Un catalyseur : la situation budgétaire
- Levier d'économies : exécution accélérée du plan d'approche
- Une majoration de l'existant : répartition des tâches - éviter la duplication des soins - efficience - rationalisation de l'offre - réduction des surcapacités
- Centralisation (seuils d'activités) *versus* décentralisation (subsidiarité)
- Financement hospitalier - un nouveau concept :
 - forfaitarisation par pathologie - transfert de risques financiers
 - Pay for Performance/Quality

Rétroacte

- ▶ 2014 : Note de politique générale - Plan d'approche
- ▶ 2015 : Protocole d'accord Nouveau paysage hospitalier
- ▶ 2016 : Conclave budgétaire d'octobre
 - Réformes et rationalisation dans le secteur hospitalier
 - 3 notes de conceptuelles partielles
 1. Les réseaux hospitaliers cliniques
 2. La gouvernance
 3. Le programme de programmation
- ▶ Mai 2017 : Note intégrée
- ▶ Octobre 2017 : avant-projet de loi modifiant la loi sur les hôpitaux - réseautage

II. Les grands principes

- ▶ Objectif :
 - Rationaliser l'offre en soins et mettre le patient au centre
 - Collaboration (loco et supra) = un levier pour optimaliser
 - Préparer le secteur hospitalier pour l'avenir
- ▶ Une offre hospitalière adaptée aux besoins périodiquement
 - revoir la programmation en équipement, en lits, en services hospitaliers, appareils, programmes (levée progressive du moratoire)
- ▶ L'hôpital collabore avec :
 - D'autres hôpitaux
 - D'autres institutions (modèle de soins intégrés)

III. Les concepts

Distinctions entre missions de soins « locorégionales » et « suprarégionales » (1)

Mission de soins : terme générique désignant de activités de soins

- ▶ Appareillage lourd
- ▶ Service médicotechnique
- ▶ Programme de soins
- ▶ Unité de soins et fonctions
- ▶ Convention INAMI

Le but : reprogrammer les missions de soins de manière « *scientifique* », « *transparente* » et « *dynamique* » - *loi portant disposition diverses en matière de santé.*

III. Les concepts

Distinctions entre missions de soins « locorégionales » et « suprarégionales » (2)

Missions de soins			
Locorégionales Dans chaque réseau clinique pour la population cible Disponibles à proximité		Suprarégionales (< 25) Nombre limité d'endroits	
<i>Générales (A)</i>	<i>Spécialisées (S)</i>	<i>De référence (R)</i>	<i>Universitaires (U)</i>
Peuvent être disponibles dans chaque hôpital.	Dans chaque réseau locorégional mais pas dans chaque hôpital	Dans les hôpitaux généraux et universitaires mais pas dans chaque réseau locorégional	Dans les hôpitaux académiques

IV. Le réseau clinique locorégional (1)

Critères organiques

- ▶ Le réseau hospitalier = la *pierre angulaire* du paysage hospitalier
- ▶ Nouvelle forme de collaboration clinique formalisée : statut juridique
- ▶ Complémentarité des missions de soins pour la population d'une zone géographique déterminée; accord de répartition des tâches
- ▶ Réseau = minimum 2 hôpitaux généraux (n° d'agrément)
- ▶ Chaque hôpital **doit** être membre d'un réseau locorégional

IV. Le réseau clinique locorégional (2)

- ▶ Les partenaires proposent ensemble une offre en soins locorégionaux
- ▶ Population cible : de 400 à 500.000 patients potentiels = 1600 à 2000 lits justifiés (*critères à déterminer*)
- ▶ Maximum 25 réseaux - répartition entre les entités fédérées
- ▶ Dans une zone géographique continue (flux réels de patients)
 - avec chevauchement possible dans les grandes villes
 - qui peut dépasser les frontières des entités fédérées.

V. Les missions du réseau clinique locorégional (1)

Missions obligatoires

- ▶ Conclure des **accords** relatifs à la stratégie et à la répartition des tâches concernant **l'offre médicale** au sein du réseau, en phase avec la programmation et les normes d'agrément, *en ce compris les investissements et la continuité*.
- ▶ Choisir les points de référence et établir des conventions avec ces hôpitaux.
- ▶ Autorisation progressive pour certaines activités **au niveau du réseau** plutôt qu'au numéro d'agrément (hôpital individuel) → le réseau = point de contact avec les autorités compétentes.

V. Les missions du réseau clinique locorégional (2)

Missions préconisées

- ▶ Accords financiers pour les missions du réseau
- ▶ Nomination des médecins au niveau du réseau
- ▶ Stimulation des collaborations « activités non cliniques » et diverses fonctions
- ▶ Elaboration de politiques communes (exemple : qualité/sécurité)
- ▶ L'harmonisation et la coordination avec d'autres réseaux de soins
- ▶ Participation conjointe aux études cliniques

V. Les missions du réseau clinique locorégional (3)

Ancrage juridique

- ❖ Un nouveau statut « réseau clinique locorégional » - personnalité juridique et gouvernance propre.

Objectif = engagement durable, structuré et contraignant.

Pour quoi?

→ Collaboration *global hôpital* et réglementation de la totalité de l'offre médicale locorégionale dans la zone concernée.

V. Les missions du réseau clinique locorégional (4)

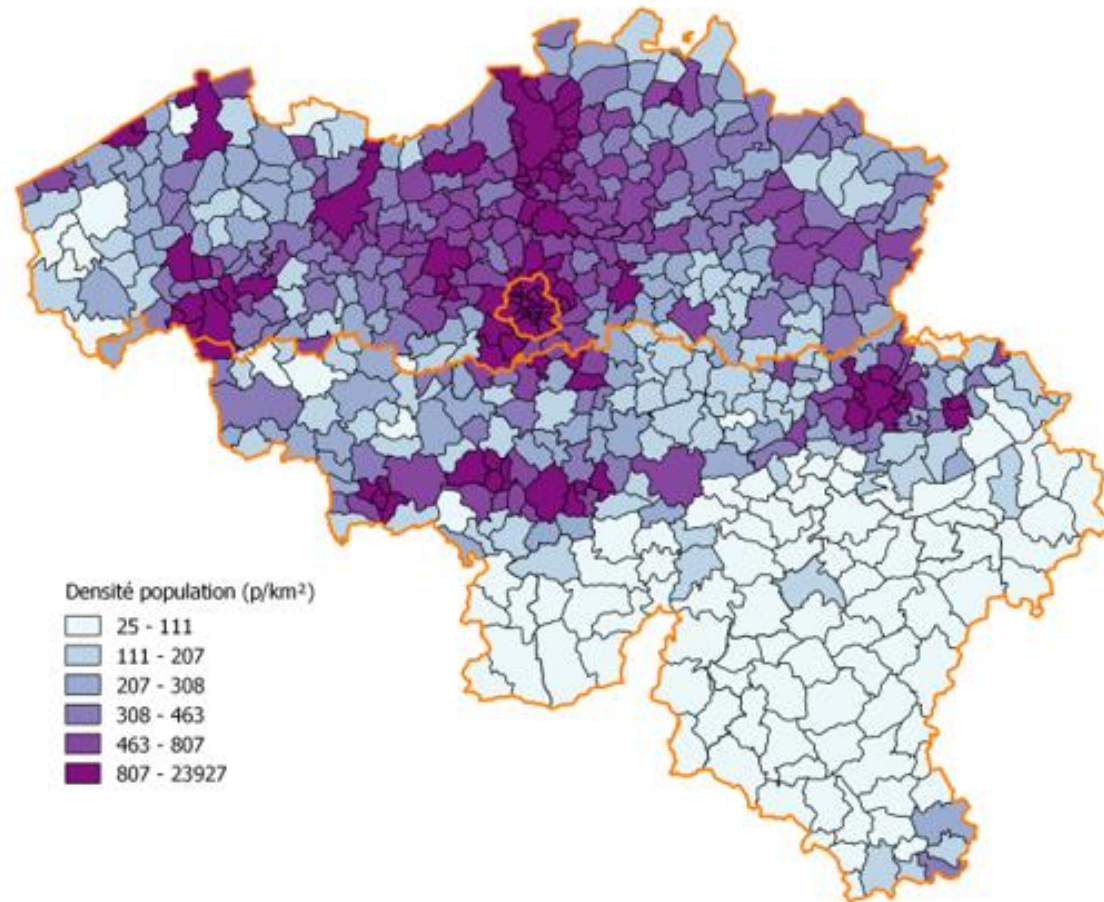
Conséquences sur le rôle de l'hôpital individuel

- ❖ Par défaut : le réseau n'est pas opérateur mais répartiteur , conformément à l'art. 16 et 17 de la loi sur les hôpitaux*.
 - ❖ Choix de son réseau locorégional
 - ❖ Conclure des accords en matière d'adressage et renvois de patients au sein et en dehors du réseau.
 - ❖ Exécuter la stratégie du réseau au niveau opérationnel
 - ❖ Autonomie pour les missions résiduelles
 - ❖ Les collaborations suprarégionales sont l'apanage du réseau!
- * Mais la possibilité d'organiser des activités de soins et d'engager du personnel existe

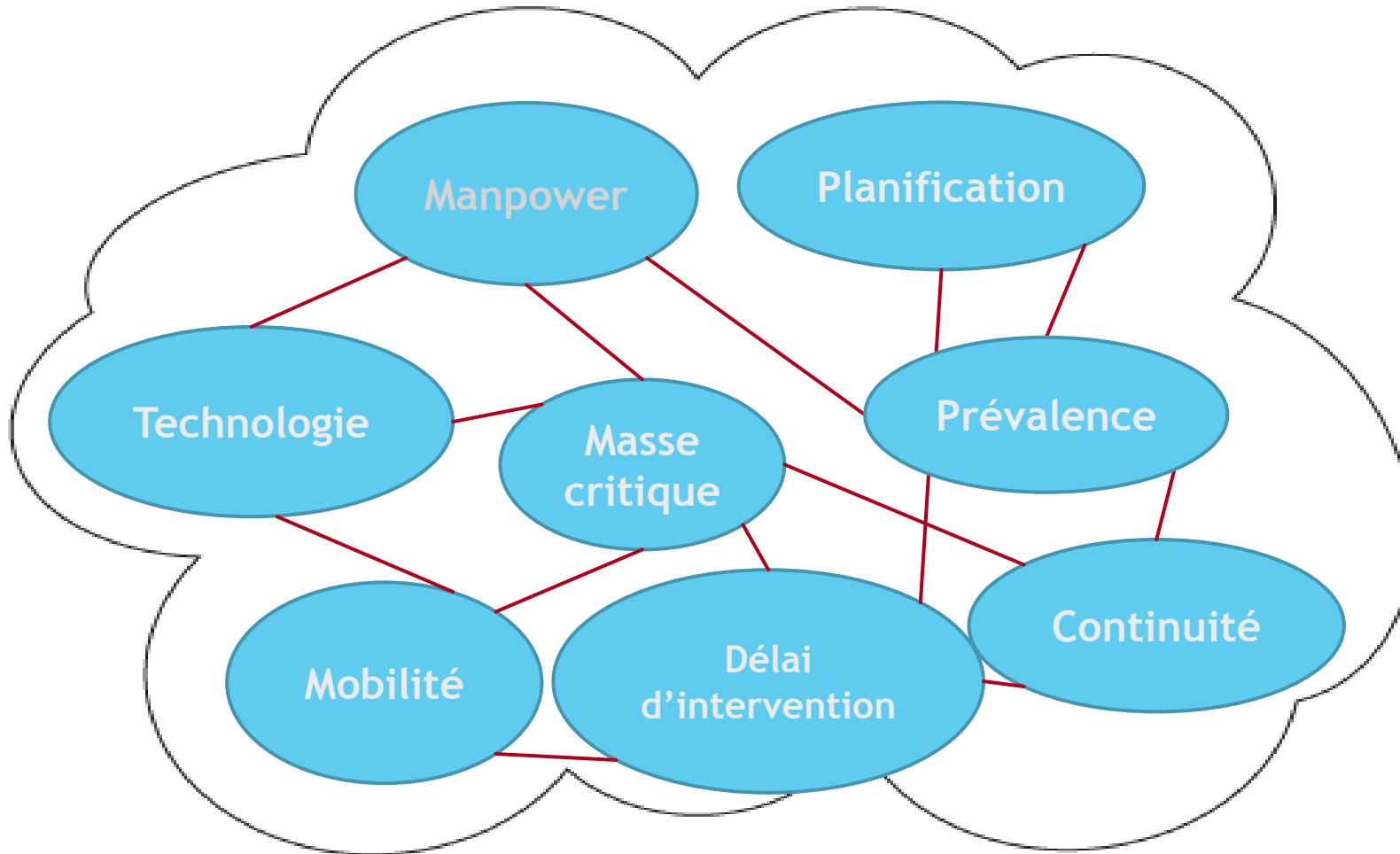
Oser affronter le principe de réalité

2 REALITES A PRENDRE EN CONSIDERATION

1. Hétérogénéité dans la répartition de la population : zones rurales à zones urbaines très différentes au sein de la RW et entre la RW et les 2 autres régions du pays.

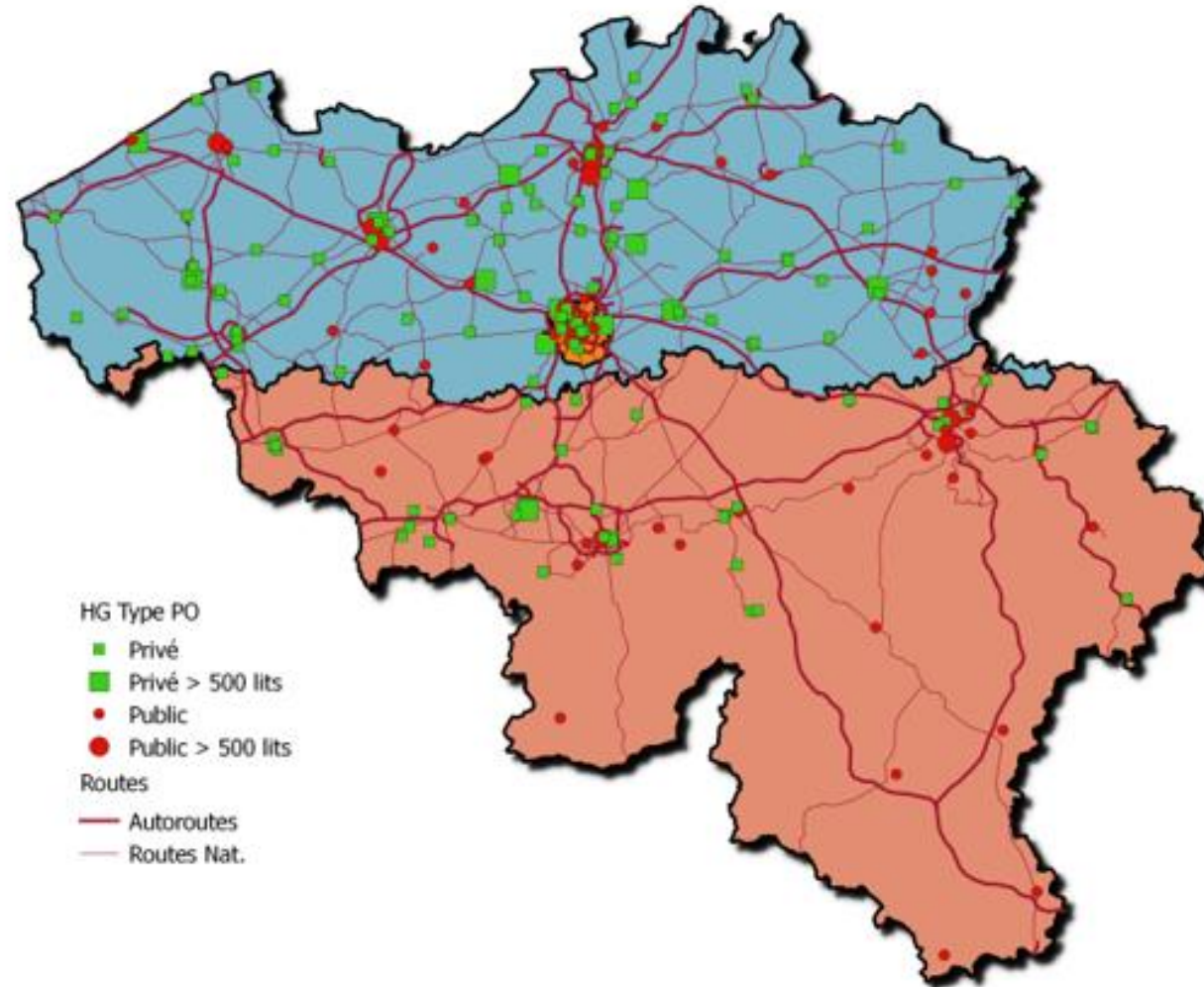


Equilibres à trouver



Oser affronter le principe de réalité

2. Une plus grande homogénéité des Pouvoirs organisateurs privés en Flandre.



VI. Les missions suprarégionales

- R et U < 25 programmation
- Mission proposée par l'hôpital (et non par le réseau) = point de référence pour une mission supra
- Collaboration entre le réseau avec un hôpital de référence, max 2 si justifié, pour la mission R/U (convention/accord de collaboration, qui peut être une association en vertu de la loi sur les hôpitaux)
- Le réseau peut choisir un point de référence par mission supra

Où en est-on?

- ▶ Avant projet de loi modifiant la loi sur les hôpitaux
- ▶ CIM du 20/11/2017 : pour information. Pas d'accord
- ▶ Discussion en inter cabinets, CPNMH
- ▶ Soumission au Conseil d'Etat
- ▶ Adaptations
- ▶ Publication
- ▶ Recourts?

VII. Maîtrise de l'offre

Objectifs de la mise en réseau :

- ↗ de la qualité et de l'efficacité par la concentration de l'offre (excédentaire et morcelée)
- Chaîne de soins intégrés
- Cette concentration ≠ mouvements spontanés
- ▶ Critères de programmation : missions S, R et U
 - Scientifiques, transparents et évolutifs : affine le processus
 - Pas uniquement un nombre maximal
 - Instrument pour rationaliser l'offre
- ▶ Règles normatives actuelles : entités fédérées
- ▶ Conventions INAMI

VII. Maîtrise de l'offre (2)

Programme de programmation : Cycle septennal

- a) Cadastre des missions catégorisées 😊 - A titre indicatif
- b) Choix des missions : programme pluriannuel 😊
- c) Short list : priorité pour démarrer les négociations 😊 **MAIS..**
- d) Fourchettes indicatives avant les critères précis **E.A.**

VIII. Enjeux (1)

- ❖ Freins soulevés mais sans réponse concrète à ce jour :
 - Statut du personnel : mobilité, flexibilité, mise à disposition
 - Politique de ressources humaines
 - Nouveaux modèles de Gouvernance
 - Transports secondaires
 - Aspects financiers et TVA

VIII. Enjeux (2)

❖ Autres points d'attention :

- Impact sur les structures d'amont et d'aval : vision anticipée et consolidée du trajet de soins
- Gains d'efficience - Patient Related Outcome Measures
- Plus de transversalité - nouveaux circuits de soins - coordination des méthodes de travail
- Dispersion des responsabilités
- Plateformes logistiques : mutualisation des services de support
- Place des enjeux philosophiques : arbitrage éthique

VIII. Enjeux (3)

- Cohérence fédéral/entité fédérée (conflit de compétences?)
- Processus juridique
- Socle : ICT et DPI hospitalier (intégrateur) - RSW et FRATEM
- Nouveaux règlements européens : GDPR, Medical devices
- Cadastre RW « financement des infrastructures »
- Prochaine législature?
- Enjeux et perspectives à LT
- ...

Conclusions

- ▶ Les réseaux ont du sens aussi bien au niveau belge qu'au niveau international
- ▶ 2 - Les barrières philosophiques et idéologiques représentent le frein le plus important actuellement en Belgique
- ▶ 3 - La situation en Flandre « géographique » est clairement distincte de la situation à Bruxelles et en Wallonie « philosophiques »
- ▶ 4 - Le réseau est une opportunité unique pour l'industrie de pouvoir bénéficier d'une ouverture induite par cette modification de gouvernance et le besoin d'efficience
- ▶ 5 - « *We always overestimate the change that will occur in the next two years and underestimate the change that will occur in the next 10* » - Bill Gates

Des questions?

Merci de votre attention !