



**STRUCTURE MULTIPARTITE EN
MATIERE DE POLITIQUE
HOSPITALIERE**



INAMI
Avenue de Tervuren 211
1150 Bruxelles

Personne de contact :
Mickael Daubie (FR)
☎ 02/739.77.04
e-mail : Mickael.Daubie@inami.fgov.be

SPF Santé Publique
Place Victor Horta, 40 boîte 10
B-1060 Bruxelles
Eurostation Bloc 2

Personne de contact:
Francis Loosen (NL)
☎ 02/524.86.43
e-mail: francis.loosen@health.fgov.be

**Avis de la Structure Multipartite en matière de politique
hospitalière concernant la demande d'avis
du 9 décembre 2008 de Madame la Ministre L. Onkelinx
sur les montants de référence.**

Date : 22 avril 2010.

Avis de la Structure Multipartite en matière de politique hospitalière sur les montants de référence.

1.Rétroactes et méthode de travail du Groupe de travail

1.Le 12 février 2008, la Structure Multipartite a émis à l'attention de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique un avis proposant une série d'améliorations relatives au système des montants de référence.

Ces propositions visent à éviter les dépassements par le biais d'un précalcul proactif des montants de référence. Simultanément, des améliorations ont été proposées par l'établissement de seuils censés empêcher une spirale descendante des montants de référence. Il a également été suggéré d'introduire une période de carence afin d'éviter que le système ne soit contourné par l'accomplissement de prestations en dehors de la période d'hospitalisation. Enfin, la Multipartite a proposé de promouvoir la qualité et la performance en prévoyant des incitants financiers dans le budget des moyens financiers, et ce dans le prolongement de l'accord actuellement conclu avec les hôpitaux. Ces stimuli ou bonus peuvent aussi constituer une incitation pour les hôpitaux qui respectent ces montants de référence.

2.La Structure Multipartite constate avec satisfaction que la Ministre tient compte de nombreuses recommandations et les a intégrées dans la loi sur l'assurance maladie.

La Structure Multipartite déclare toutefois que, deux ans après l'émission de l'avis, certaines recommandations ont été insuffisamment ou pas du tout suivies, à savoir :

- la lutte contre le problème des gros prescripteurs;
- l'introduction d'un système unique d'identification des patients;
- un meilleur soutien aux collègues médicaux dans l'élaboration de recommandations de bonne pratique;
- la promotion scientifique des itinéraires cliniques dans les hôpitaux, une suggestion qui avait déjà été formulée en 2005;
- la poursuite du dépistage des écarts de pratique injustifiés en vue de soutenir la mission de la Structure Multipartite.

3. Dans un courrier du 9 décembre 2008, la Ministre a fait savoir à la Structure Multipartite que plusieurs recommandations de la Structure Multipartite visant à améliorer le système des montants de référence avaient été effectivement transposées dans la législation.

Simultanément, la Ministre a demandé à la Structure Multipartite de rendre un avis au sujet des modalités d'exécution de cette modification de la loi. La Ministre a également demandé d'émettre un avis au sujet de la mise en place du système d'incitants visant à récompenser la qualité et la performance.

4. La Structure Multipartite a par conséquent chargé le Groupe de travail, sous la direction de Monsieur Chr. Decoster, Directeur-général du SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement de donner suite à la demande d'avis de la Ministre.

Ainsi, plusieurs propositions visant à améliorer le système des montants de référence sont formulées dans la première partie du présent avis.

Des propositions relatives à la technique des valeurs seuils sont ensuite formulées sur la base de plusieurs simulations.

Il a été demandé à l'AIM de réaliser un travail d'étude au sujet de la période de carence et de la problématique de l'hospitalisation de jour et des montants de référence qui y est liée. La méthodologie utilisée dans le cadre de ce travail d'étude est expliquée dans le présent avis.

Suite à la demande de la Structure Multipartite, le SPF Santé publique a réalisé une étude de la définition de plusieurs indicateurs de qualité et de performance du fonctionnement hospitalier qui peuvent éventuellement servir de base à un système d'incitants. Le concept de cette étude est explicité dans la dernière partie du présent avis.

La Structure Multipartite a discuté et approuvé les propositions du groupe de travail dans la réunion plénière du 22 avril 2010.

2.Évaluation et propositions d'amélioration du système des montants de référence

Sur la base des remarques émises par les hôpitaux lors de la première application des montants de référence (cf. note en annexe 1 « Remarques structurelles et méthodologiques émises par les hôpitaux à l'encontre des montants de référence - janvier 2010 »), la Cellule technique (SPF Santé Publique et l'INAMI) ont réalisés plusieurs analyses (cf. note reprise en annexe 2 « Analyses complémentaires demandées par le Groupe de travail de la Multipartite dans le cadre de l'évaluation de la première application du système des montants de référence ») dont le Groupe de travail et la Structure Multipartite ont pris connaissance le 4 mars et le 22 avril et sur la base desquelles il formule l'avis repris ci-dessous.

A. Les programmes de soins cardiaques

Problématique soulevée :

Les hôpitaux qui disposent d'un programme de soins cardiaque, principalement B ou B1 isolé, seraient pénalisés à travers certains APR-DRG (comme l'APR-DRG 190 « Affection circulatoire avec infarctus ») car les dépenses de ces hôpitaux sont comparées avec des montants de référence calculés sur l'ensemble des hôpitaux, qu'ils disposent ou pas d'un programme de soins cardiaque.

Proposition de la Structure Multipartite :

La Structure Multipartite propose de réitérer l'avis de l'assemblée plénière de la Structure Multipartite du 12 février 2008 qui avait proposé (point 3. Recommandations 3. Page 3) « **d'exclure du calcul des montants de référence les prestations de physiothérapie et d'angiographie...** ».

A défaut de suppression des angiographies du système, la Structure Multipartite est d'avis de **scinder l'APR-DRG 190 en deux**, d'une part pour les hôpitaux qui disposent d'un programme B ou B1 et d'autre part pour ceux qui n'en disposent pas.

Les analyses indiquent que la scission a un impact significatif sur les résultats de ce seul APR-DRG, tenant compte de l'agrément du programme B, même s'il est démontré que la majorité des hôpitaux sélectionnés le restaient (33/34) sur l'ensemble du système même après scission de l'APR-DRG 190. La scission permet d'accroître la confiance sur l'équité de la comparaison des pratiques même si elle n'a pas ou peu d'impact sur la sélection et le remboursement des hôpitaux.

B. Les prestations de physiothérapie

Problématique soulevée :

Les hôpitaux comprennent difficilement que les prestations de physiothérapie soient maintenues dans le système des montants de référence pendant 3 années (méthode 2006) alors qu'elles seront supprimées dès les séjours 2009 (méthodologie 2009) pour 5 APR-DRG.

Proposition de la Structure Multipartite :

La Structure Multipartite propose de réitérer l'avis de l'assemblée plénière de la Structure Multipartite du 12 février 2008 qui avait proposé (point 3. Recommandations 3. Page 3) « **d'exclure du calcul des montants de référence les prestations de physiothérapie** ... relatives aux cinq APR-DRG¹ spécifiques à la kinésithérapie et à la physiothérapie ».

La Structure Multipartite souhaite donc **supprimer les prestations de physiothérapie du système le plus rapidement possible** et pas seulement à partir des séjours 2009.

¹ APR-DRG 045 (AVC avec infarctus cérébral), 046 (AVC non spécifique avec occlusion précérébrale sans infarctus), 139 (pneumonie simple), 302_a code 289085, arthroplastie de la hanche par prothèse totale de la hanche et 302_b – code 290286, arthroplastie fémorotibiale par prothèse articulée.

Certains membres estiment qu'il faut, du point de vue juridique, examiner si on peut rétroagir sur des modalités mises en place en 2005 et qui doivent s'appliquer de 2006 à 2008.

La Structure Multipartite propose également deux pistes de réflexion et de solution en rapport avec l'exclusion de la physiothérapie et ce afin de ne pas créer éventuellement un nouveau déséquilibre:

- 1) accompagner la suppression des prestations de physiothérapie (méthode 2009) par la **suppression des prestations de kinésithérapie** (article 7). On peut craindre en effet que la suppression de la prise en compte de la physiothérapie ne transforme les hôpitaux n'utilisant que, ou majoritairement, de la kinésithérapie en « surconsommateurs » face à des hôpitaux qui utilisent de la physiothérapie qui ne serait plus dans les calculs. Toutefois, ce retrait combiné de physiothérapie et de kinésithérapie interpelle sur ce qu'il reste à comparer dans les pratiques en prestations techniques;

Il faut encore signaler que l'exclusion de la kinésithérapie entraîne logiquement (par le simple fait que le montant total sur lequel porte le système diminue) une **diminution du montant total à rembourser de l'ordre de 545.641 EUR**, alors que l'exclusion de la physiothérapie a déjà également un effet de diminution par rapport au système 2006.

- 2) **Scinder les 5 APR-DRG** pour lesquels il est prévu d'exclure la physiothérapie **en deux « sous APR »** en fonction que les hôpitaux disposent ou pas d'un centre de réhabilitation ou d'une possibilité de facturer de la physiothérapie. La scission permettrait alors de comparer entre eux les hôpitaux qui utilisent la kinésithérapie parce qu'ils n'ont pas accès à la nomenclature physiothérapie et d'autre part ceux qui peuvent utiliser cette nomenclature notamment via des centres de réhabilitation. Dans cette proposition, la physiothérapie ne serait donc plus exclue mais prise en compte séparément. Cela évite de vider ces APR-DRG d'une grande partie des prestations techniques contrairement à la solution 1.

C. Les séjours mixtes « aigus + SP »

Problématique soulevée :

Certains hôpitaux estiment qu'il est illogique de comparer, pour un même APR-DRG, des séjours mixtes « aigus+SP » au sein du même hôpital avec des séjours uniquement aigus. Les hôpitaux qui transfèrent leurs patients dans un autre hôpital pour la partie « SP » seraient avantagés dans la comparaison.

Proposition de la Structure Multipartite :

La Structure Multipartite propose de confirmer l'avis de l'assemblée plénière de la Structure Multipartite du 12 février 2008 qui avait recommandé (point 3. Recommandations 3. Page 3) de **maintenir les services SP** (isolés ou non) dans le système des montants de référence.

La Structure Multipartite rappelle la recommandation de l'avis de 2008 de travailler au développement de nos structures de revalidation. Il est notamment indiqué de créer un programme de soins de revalidation.

D. Les agréments pour service NIC et MIC

Problématique soulevée :

Les **hôpitaux** qui disposent d'un **service NIC et/ou MIC seraient pénalisés** à travers les APR-DRG 540 (« accouchements par césarienne ») et 560 (« accouchements par voie vaginale ») du fait notamment de la **présence d'un pédiatre** lors de l'accouchement, présence liée ou expliquée par les conditions d'agrément.

Proposition de la Structure Multipartite :

Constatant d'une part que les hôpitaux disposant d'un service NIC et/ou MIC ne sont ni systématiquement, ni particulièrement pénalisés à travers les deux APR-DRG et que d'autre part la présence « normale » du pédiatre n'induit pas de pénalisation systématique ou particulière pour les hôpitaux, **la Structure Multipartite propose de ne pas modifier la méthodologie existante sur ce point.**

Vu les taux de présence élevés (voire systématique) de pédiatres lors de l'accouchement constatés dans certains hôpitaux, le GT rappelle qu'indépendamment du système des montants de référence, les organes et services ad hoc de l'INAMI (Profils, SECM) devraient se saisir d'une analyse de la pertinence de ces facturations élevées en liaison avec la réalité des grossesses à haut risque comme le prévoit la nomenclature.

E. Le problème de la médiane nulle

Problématique soulevée :

Dans la méthodologie 2006, lorsque la médiane est nulle lors de la seconde étape elle est conservée pour calculer le remboursement alors qu'à partir des séjours 2009 (méthodologie 2009) elle sera remplacée par la moyenne. La Structure Multipartite souhaite évaluer l'impact du remplacement de la médiane nulle par la moyenne.

Proposition de la Structure Multipartite :

Compte tenu que cette modification sera profitable pour tous les hôpitaux sélectionnés lors de l'étape 1, **la Structure Multipartite propose de remplacer la médiane nulle par la moyenne déjà dans la méthodologie 2006.**

F. Lien entre l'étape 1 et l'étape 2

Problématique soulevée :

Le problème soulevé concerne d'une part l'absence de lien entre les APR-DRG qui dépassent les montants de référence lors de l'étape 1 et ceux retenus pour le remboursement lors de l'étape 2 et, d'autre part, l'ampleur du dépassement très variable selon qu'il est calculé sur la base de la moyenne ou de la médiane (de faibles dépassements lors de l'étape 1 peuvent néanmoins engendrer des montants à rembourser élevé à l'étape 2).

Proposition de la Structure Multipartite :

La Structure Multipartite propose de ne pas modifier l'étape 1 ni l'utilisation de la médiane en étape 2 mais il propose de **calculer les montants à rembourser (étape 2) uniquement sur les APR-DRG/Niveau de sévérité/ groupe de prestations identifiés comme « surconsommateurs » lors de l'étape 1**. On ne récupérerait que ce qui dépasse la médiane pour les APR-DRG/niveau de sévérité/groupe de prestations identifiés en dépassement lors de l'étape 1, ce qui renforcerait le lien entre remboursement (étape 2) et comportement « surconsommateur » (étape 1).

G. Impact des patients BIM

Problématique soulevée :

Les hôpitaux qui accueillent un pourcentage élevé de patients BIM seraient pénalisés dans le cadre des montants de référence.

Proposition de la Structure Multipartite :

Constatant que l'impact des patients BIM est tout à fait négligeable dans le cadre des hospitalisations classiques, **la Structure Multipartite propose de ne pas modifier la méthodologie existante**.

3. Fixation des seuils prévus par l'article 56ter §11, 4°, 5° et 6°

A. Le seuil « à la hausse » (article 56 ter §11, 4°)

La méthodologie 2009 prévoit que des montants de référence « pré-calculés » soient communiqués aux hôpitaux avant le 1^{er} janvier de chaque année pour leur permettre de se positionner et de modifier leurs comportements et ainsi de ne pas être sanctionnés. Ainsi, par exemple, en novembre 2009, l'INAMI a communiqué aux hôpitaux les montants de référence « pré-calculés 2010 » (calculés sur la base des dernières données disponibles à savoir 2007).

Lorsque l'INAMI calculera les montants à rembourser relatifs à l'année 2010, la question se posera de savoir si nous utiliserons les montants de référence « pré-calculés 2010 » (calculés sur la base des données 2007) ou ceux calculés sur la base des données 2010 ?

La réponse à cette question est donnée par l'article 56ter §11, 4° qui précise que les montants de référence de l'année d'application (2010 dans notre exemple) seront retenus s'ils sont supérieurs (éventuellement d'un certain seuil encore à déterminer par le Roi) aux montants de référence « pré calculés ».

L'objectif de cette disposition est de tenir compte d'une croissance importante (mais indépendante du comportement des hôpitaux) des montants de référence entre l'année du « précalcul » et l'année d'application.

Il faut noter que la fixation de ce seuil n'est **pas obligatoire**. Par conséquent, si aucun seuil n'est fixé, les montants de référence de l'année d'application (2010 dans notre exemple) seront retenus dès qu'ils sont strictement supérieurs aux montants de référence « pré calculés ».

B. Les seuils « à la baisse » (article 56 ter §11, 5° et 6°)

Dans un système basé sur les moyennes nationales, la crainte existe que la modification des comportements des hôpitaux entraîne les moyennes nationales dangereusement vers le bas (« spirale descendante ») en faisant peser des risques sur la qualité des soins.

Pour éviter ces effets négatifs, la méthodologie 2009 prévoit la fixation de seuils qui permettent de limiter la diminution des montants de référence d'une année à l'autre (« seuil annuel » prévu à l'article 56ter §11, 4°) mais également de limiter la diminution sur une longue période (« seuil absolu » à l'article 56ter §11, 5°).

La Structure Multipartite s'est vu soumettre quelques analyses basées sur l'évolution annuelle des montants de référence entre 2003 et 2006 (trois groupes de prestations confondus). Le tableau III.B.1 présente une distribution des « croissances négatives » observées entre les montants de référence de deux années consécutives.

Une proposition serait de fixer le seuil annuel à la valeur médiane (5,29%) ce qui signifie qu'**aucun montant de référence ne pourra diminuer de plus de 5,29% entre l'année t et l'année t+1**. En choisissant la médiane on « immunise » 50% des baisses supérieures à 5,29%.

Croissance annuelle négative	
Maximum	-36,04%
Percentile 90	-16,40%
Percentile 75	-9,68%
Médiane	-5,29%
Moyenne	-7,19%
Percentile 25	-2,81%
Percentile 10	-1,05%
Minimum	-0,01%

Tableau III.B.1

Une logique identique à celle qui vient d'être proposée pourrait être suivie pour la fixation du seuil absolu.

4.Options méthodologiques à prendre dans le cadre du projet 'Période de carence-montants de référence'

A. Objectif

L'AIM a proposé à la Structure Multipartite une série de pistes et de propositions méthodologiques.

L'AIM souhaite concrètement, sur la base des données disponibles, intégrer la réalité des pratiques médicales du terrain dans la méthodologie appliquée.

B. Propositions AIM de pistes méthodologiques à prendre

B.1. Options politiques

Depuis la mise en œuvre pratique du système des montants de référence, nous avons en tant qu'AIM toujours soulevé l'incohérence de la méthodologie suivie avec la réalité médicale sur le terrain, et ce parce que l'option politique a été de se baser sur la BD RCM-RFM (unité de comparaison : le séjour (classique)) et non sur une base de données permettant de suivre de manière longitudinale l'individu (et donc reflétant beaucoup mieux la réalité médicale) à savoir une BD IMA-RCM.

Or, bien que suite aux discussions au sein de la Multipartite (MP) la loi sur les montants de référence ait été modifiée et qu'elle permet actuellement une ouverture vers les séjours one day et l'introduction d'une période de carence, la loi ne prévoit pas automatiquement le « couplage » de ces deux élargissements, alors que d'un point de vue de logique médicale, les deux éléments doivent être intégrés simultanément **si l'objectif final est de comparer de manière cohérente la production médicale entre institutions.**

Pour cette raison, l'AIM souhaite **prendre comme point de départ tout séjour, classique ou one day, auquel nous allons lier une période de carence de (maximum) 30 jours**. Ces séjours seront comptabilisés par institution. Une fois ce principe de base accepté, il faudra tenter de rapprocher au mieux la réalité médicale. Plusieurs questions sont posées :

1. Durée de la période de carence : faudra-t-il tenir compte de toutes les prestations one day (ex. forfaits salle de plâtre, dialyse, one day oncologique...) pour « couper » la période de carence à moins de 30 jours ? La loi² n'étant pas explicite à ce sujet, le service juridique de l'INAMI indiquera l'interprétation à prendre en compte.

2. Prestations intégrées dans la période de carence : permettre au niveau de la présentation des résultats, la distinction entre prestations effectuées par des prestataires/prescripteurs liés à l'hôpital versus celles effectuées par des « externes » (ex. : médecins généralistes, spécialistes non pratiquants à l'hôpital en question). En tant qu'AIM, nous comptons comptabiliser toute prestation, ambulatoire ou hospitalisée, prescrite par un prestataire ayant au moins une prestation au sein d'une institution au volume de prescription global de l'institution, dès le moment où le patient ayant subi un séjour soumis aux montants de référence a reçu une prescription du prestataire en question. Par exemple, cela aura comme conséquence qu'un prestataire pratiquant dans différentes institutions de soins (ex. gynécologues bruxellois) se verra ventiler ses prescriptions ambulatoires sur les différentes institutions en fonction du lieu de prestation soumis aux montants de référence.

² Art 56ter, §11, 2°, dernier paragraphe : « Si au cours de sa période de carence, une admission prise en considération pour le calcul des montants de référence a été précédée d'une autre admission, cette période de carence débute le lendemain de la fin de l'admission précédente ».

3. Scission de la période de carence

Bien que l'article 56ter prévoit que la période de carence de 30 jours est interrompue à chaque hospitalisation au cours de cette période de 30 jours, il serait peut-être plus correct d'un point de vue médical de ne pas interrompre cette période de 30 jours lorsque celle-ci est « coupée » en deux par une intervention « identique » (par exemple, interventions de la cataracte, des varices, hernies) au cours de ces 30 jours effectuée **dans la même institution**. Concrètement, l'AIM propose dans ce cas de figure, **bien qu'allant à l'encontre des textes légaux**, afin de refléter au mieux la réalité médicale, de considérer cette double hospitalisation comme une hospitalisation unique, dont la période de carence débutera 30 jours avant la première hospitalisation (classique ou one day).

B.2. Options méthodologiques « pures »

B.2.1. *Non couverture en AO de certaines prestations – Problématique des Petits Risques Régime Indépendant (PR RI)*

Compte tenu du constat que nous allons également travailler avec des données ambulatoires de l'année de prestation 2006, nous allons perdre une partie de l'information sur les dépenses générées par des indépendants ne bénéficiant pas des prestations petits risques dans le cadre de l'assurance obligatoire. Étant donné que la distribution de la population des indépendants sur le territoire national et au niveau de la patientèle des institutions n'est pas homogène, il faut éviter la production d'un biais lié à une vue non exhaustive des dépenses pour certaines institutions « profitant » de ce type de patientèle.

Puisque cette problématique ne jouera plus à partir de l'année de prestation 2008 et que ce projet a pour but de présenter des améliorations méthodologiques pour le futur, la piste avancée est celle d'une analyse sur la base uniquement des patients bénéficiant des petits risques au sein de l'AO, tout en inventoriant par hôpital le taux de patients ne bénéficiant pas de PR au sein de l'AO. La caractéristique indépendant/non indépendant pourrait cependant continuer à jouer un rôle après l'intégration complète à partir du 1^{er} janvier 2008 au niveau du comportement vis-à-vis la préférence ou non d'une prise en charge « rapide » en hospitalisation de jour, avec

éventuellement des effets « structurels » au niveau des dépenses générées en période de carence pour cette institution et/ou par rapport à la « préférence » d'une prise en charge en one day. La prise en charge méthodologique de la population RI en termes de consommation ambulatoire et en termes de comportement pratique one day vs. hospitalisation classique sera explicitée très clairement lors de la publication des résultats finaux, de manière à ce que celle-ci puisse être validée et le cas échéant acceptée par les acteurs de terrain.

B.2.2. Statut BIM-non BIM des patients – impact au niveau ambulatoire/hospitalier

Compte tenu du fait qu'au niveau des soins intramuros, la cohérence de facturation entre patients BIM-non BIM est beaucoup plus grande qu'en ambulatoire, ceci parce que soit des TM à l'acte sont remplacés par des forfaits et/ou parce beaucoup de prestations sont remboursées à 100%, quelque soit le statut, cette problématique de différence en termes de constitution de patientèle BIM-non BIM par institution a sans doute été négligée lorsqu'il s'agissait de comparer la pratique intramuros par pathologie entre institutions.

Or, en intégrant une période de carence de 30 jours en ambulatoire, cette problématique pourrait générer certains biais dont il faudra sans doute tenir compte dans l'analyse. Ici également, la méthodologie appliquée sera explicitée lors de la publication des résultats.

5. Mise en place d'un système d'incitants positif

La lettre de la Ministre, datée du 9 décembre 2008, demande que la Structure Multipartite poursuive ses travaux en vue d'analyser et de proposer une opérationnalisation d'un système d'incitant ou de boni lié à la performance et à la qualité dans les institutions de soins. Dans un premier temps il convient d'installer et de favoriser une culture du monitoring de la qualité et de la performance; dans une phase ultérieure l'évolution de la qualité et de la performance seront mesurés. Les hôpitaux qui obtiennent de bons scores sur un certain nombre de paramètres se verraient attribuer un incitant.

En 2006, déjà, le CNEH proposait de réaliser un investissement de base pour stimuler et coordonner la qualité dans les hôpitaux et de prévoir dans une deuxième étape un financement supplémentaire pour récompenser les hôpitaux jugés performant en gestion de la qualité. Suite à cet avis, un budget de 6,8 million€ sur base annuelle a été libéré pour financer la coordination de la qualité (et de la sécurité des patients).

En 2007 un premier contrat a été proposé à tous les hôpitaux. Ce contrat «Coordination de la qualité et de la sécurité des patients» comportait 6 thèmes sur lesquels les hôpitaux devaient travailler. 164 institutions ont participé à cette première initiative.

A partir de 2008 un plan pluriannuel a été élaboré pour la période 2008-2012. Ce plan est modulable autour de 3 piliers: le «pilier structure» (mise en place d'un système de gestion sécurité), le «pilier processus» (travailler de manière structurée aux processus de soins afin de les améliorer) et le «pilier résultats» (travailler avec des indicateurs pour la gestion de la qualité et la sécurité). Actuellement un budget annuel de 7,2 million€ finance cette démarche, à laquelle 185 hôpitaux participent de manière volontaire. Le rôle du SPF Santé Publique consiste à sensibiliser, faciliter et soutenir les hôpitaux dans cette démarche qualité. Ce contrat a comme mérite de stimuler la prise de conscience («awareness») à la démarche qualité. Il permet également d'aborder la qualité des soins de manière plus structurée et intégrée. Toutefois il ne permet ni d'évaluer les démarches d'amélioration, ni le système de qualité mis réellement en place dans les institutions de soins.

En 2009, le KCE a conclu son rapport sur les avantages, désavantages et faisabilité de l'introduction de «P4Q³» en Belgique (rapport 118) par la phrase suivante : «La principale conclusion que l'on peut tirer de la revue de la littérature est que les résultats sont très variables d'un programme à l'autre....». La revue de la littérature montre que ces programmes visent principalement les soins préventifs et les soins chroniques. Les principales recommandations formulées sont les suivantes :

- mesurer de la qualité avec des indicateurs de structure, de processus et de résultats intermédiaires, à condition qu'ils soient basés sur des preuves (EBM)
- récompenser tous ceux qui atteignent les objectifs de qualité fixés et pas seulement ceux qui réalisent les meilleurs résultats. La récompense doit cibler tous ceux qui les ont accomplis, que ce soient des prestataires individuels ou des équipes.
- la mise en œuvre doit se faire progressivement et en lançant des programmes pilotes
- utiliser des données disponibles qui sont précises et validées, ce qui implique un investissement dans les technologies d'information et un système d'audit pour garantir la qualité des données
- mettre en place un système de monitoring de l'impact global, des conséquences indésirables potentielles, de l'efficacité réelle et du rapport coût-efficacité avec feedback d'informations aux professionnels de la santé.

Suite au rapport du KCE et aux initiatives qui se sont développées au niveau du pilier indicateurs du contrat «Coordination de la qualité et de la sécurité» une nouvelle recherche (HPI.be) est actuellement en cours. Cette étude a pour but d'identifier un set d'indicateurs multidimensionnel pour l'évaluation de la performance clinique et non-clinique dans les hôpitaux belges. Trois parties sont à réaliser.

La 1^{ère} consiste d'une part en une revue de la littérature scientifique internationale, de la littérature grise et des expériences belges sur l'utilisation des indicateurs de performance clinique et non-clinique dans les hôpitaux belges. D'autre part, cette 1^{ère} partie élabore la liste des données déjà disponibles, réalise un diagnostic d'accessibilité, de validité et de fiabilité des bases de données existantes.

³ P4Q = Payment for Quality en français le paiement à la qualité

La 2^{ème} partie consiste en une exploration de la situation dans les hôpitaux à l'aide d'interviews et de questionnaires. Les objectifs de cette exploration dans les hôpitaux sont d'analyser les perceptions de la performance hospitalière, de relever les pratiques existantes, d'identifier les attentes des hôpitaux, de faire émerger les conditions d'appropriation des indicateurs et de comparer pratiques et dispositifs formels. Une lettre envoyée aux hôpitaux leur demande de se porter volontaires pour participer à cette recherche. Parmi les candidats, 10 hôpitaux seront choisis sur des critères linguistiques, de taille et de participation au contrat «Coordination de la qualité et de la sécurité». Dans chacun de ces hôpitaux 5 personnes au minimum seront interrogées (directeur général ou financier, médecin-chef, chef du département infirmier, président du conseil médical, directeur ou coordinateur qualité). Suite à ces interviews, un questionnaire personnalisé sera envoyé à l'hôpital. Une personne de l'équipe de recherche accompagnera chaque hôpital pour le remplissage de ce questionnaire.

Dans la 3^{ème} partie, une liste d'indicateurs adaptés au contexte belge sera rédigée à partir des résultats récoltés précédemment. Ces indicateurs seront testés à partir de données administratives existantes. L'équipe de recherche proposera également quelques pistes de réflexion concernant l'utilisation des données existantes et les données indispensables.

Jusqu'à présent le contrat «Coordination de la qualité et de la sécurité» contribue à installer et à favoriser une culture du monitoring de la qualité et de la performance (première étape dans la lettre de la Ministre) mais il ne permet pas de récompenser les bonnes pratiques ou l'obtention d'objectifs de qualité fixés. L'étude HPI.be contribuera à comprendre les processus internes aux institutions permettant d'améliorer la qualité et la performance et de décrire les dynamiques institutionnelles favorisantes à ce sujet.

La proposition d'évaluer et de récompenser les hôpitaux qui parviennent à démontrer qu'ils sont performants ne tient la route que si ce programme se réalise dans le cadre d'un plan stratégique. Un plan stratégique pour la gestion hospitalière en Belgique dont une partie de ce plan définit clairement ce que les autorités entendent par performance hospitalière, avec des objectifs bien ciblés, des moyens suffisants permettant de rémunérer ceux qui sont performants, un organe ou comité qui définira les cibles à atteindre, assurera un monitoring et finalement une communication univoque.

Entretemps il sera probablement nécessaire et prudent de tester avec des hôpitaux-pilotes une initiative qui récompenserait les hôpitaux parvenant à atteindre des cibles prédéfinies pour un set d'indicateurs multidimensionnel (indicateurs cliniques et non-cliniques). Les conclusions de cette recherche permettraient aux décideurs de continuer à approfondir cette démarche de mise en place d'incitants.

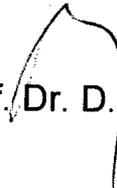
Approuvé par la réunion plénière de la Structure Multipartite en matière de politique hospitalière du jeudi, le 22 avril 2010.

Le vice-président



Prof. Dr. J. Kips

Le président



Prof. Dr. D. Désir

