

SPF SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 16 décembre 2021

Direction générale Soins de santé

CONSEIL FÉDÉRAL DES
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Réf. : CFEH/D/545-2 (*)

**Avis du CFEH relatif au financement des missions de soins au niveau
du réseau et à la subdivision des missions de soins en missions de
soins loco- et suprarégionales**

Au nom du président,
Margot Cloet

Annick Poncé
directeur général ad interim

(*) Le présent avis a été approuvé par la plénière le 16.12.2021 et ratifié par le Bureau à cette même date.

Introduction

Par la présente, le CFEH rend un avis sur deux demandes d'avis qu'il a récemment reçues de votre part, concernant :

- le financement des missions de soins au niveau du réseau
- la subdivision des missions de soins en missions de soins loco- et suprarégionales.

Le CFEH souhaite également profiter de cette occasion pour réagir à votre réponse à son premier avis partiel relatif au financement incitatif des réseaux.

Il va sans dire que cet avis ne peut pas être considéré indépendamment des avis déjà rendus en matière de programmation¹ et de mise en réseau².

1. Incitants financiers en vue de promouvoir la collaboration au sein des réseaux hospitaliers locorégionaux

Le 12.10.2021, le CFEH a reçu votre réponse à son avis n° 538 relatif aux incitants financiers en vue de promouvoir la collaboration au sein des réseaux hospitaliers locorégionaux. Le Conseil déplore votre décision de geler temporairement le budget de sept millions d'euros et demande une révision de cette décision. En effet, le financement structurel de la coordination des réseaux est nécessaire afin de donner corps à la mise en réseau.

Le Conseil prend note de votre intention de réaffecter ces moyens à un stade ultérieur pour stimuler la mise en réseau, une fois que tous les réseaux auront été agréés. Le Conseil demande de ne pas perdre ce budget pour le secteur, étant donné les énormes besoins existants (tant structurels que ponctuels)³. Si vous ne souhaitez pas pour l'instant affecter ces moyens au financement des fonctions de coordination, vous pourriez les utiliser pour couvrir des charges supplémentaires spécifiques au niveau des hôpitaux, par exemple en les ajoutant en 2022 à l'enveloppe « one shot » pour la cybersécurité, couvrant ainsi les coûts administratifs liés à la préparation de la réforme de la nomenclature, qui a potentiellement une incidence très importante sur les logiciels et les procédures administratives⁴, ou les charges supplémentaires induites par l'arrêté royal sur le service de radiophysique⁵. À partir de 2023, ils pourront à nouveau être affectés à la promotion de la mise en réseau.

Vous demandez au secteur d'encourager l'entrepreneuriat social. Le Conseil souligne que le secteur hospitalier lui-même demande davantage d'entrepreneuriat social, également dans le contexte actuel de crise extrêmement difficile. Ceci en créant un objectif clair, un cadre réglementaire flexible dans lequel cet objectif peut être réalisé et un cadre budgétaire prévisible dans lequel le financement encourage des soins efficaces et de qualité.

Le Conseil réitère son souhait de pouvoir réaliser à court terme les actions suivantes :

¹ Avis 540 relatif à la programmation et les avis partiels encore attendus relatifs aux lits de réadaptation et aux indices de lits psychiatriques.

² Avis 538 relatif aux incitants financiers en vue de promouvoir la collaboration au sein des réseaux hospitaliers locorégionaux, avis 136 concernant les freins et incitants à la collaboration entre hôpitaux, avis 537 sur les besoins prioritaires 2022, point 4. sur le financement des coûts supplémentaires liés à la mise en réseau, avis 459 sur les missions de soins locorégionales et suprarégionales dans les réseaux cliniques.

³ Voir également l'avis 537 sur les besoins prioritaires 2022

⁴ de manière similaire à ce qui a été appliqué lors de la précédente législature avec l'introduction du nouveau financement des soins à basse variabilité

⁵ Voir aussi la lettre du CFEH du 15.9.2021 (réf : CFEH/C/54-2021)

- une clarification supplémentaire de la finalité de ces réseaux hospitaliers locorégionaux, conjointement par les autorités fédérales et les entités fédérées, afin d'éviter toute attente contradictoire ;
- une adaptation de la réglementation afin de lever les obstacles existants à la coopération entre hôpitaux, en particulier la problématique de la facturation de la TVA sur les initiatives de collaboration entre hôpitaux et les obstacles liés au droit du travail, mais aussi la révision des règles normatives et de la cascade d'agrément (qui, elle, dépend des communautés et régions) ; une clarification supplémentaire des modalités d'exécution de la loi, par exemple des missions et rôle du médecin-chef et la procédure et mise en concordance de la procédure d'élection du Conseil médical.

Le Conseil lui-même se penche sur l'amélioration de la qualité et de l'efficacité, par une organisation adaptée des soins hospitaliers locorégionaux. Le cas échéant, le réseau peut opter pour la sous-spécialisation, la collaboration ou la concentration.

Enfin, le Conseil estime qu'il est important d'utiliser les bons moyens pour inciter les hôpitaux à collaborer ensemble au sein du réseau. Le Conseil estime qu'il convient prioritairement d'agir via la programmation et les normes d'agrément (pour les missions de soins programmées) ou éventuellement via des conventions (pour les missions de soins non programmées), qui sont des outils pouvant inciter à atteindre une meilleure qualité des soins. Les hôpitaux seront ainsi prioritairement incités à collaborer sur les missions de soins pour lesquelles les normes de qualité (en termes d'infrastructure, de fonctionnement ou d'encadrement) ou les volumes de programmation ne seront pas / plus atteintes. Les réseaux pourront alors s'organiser pour les soins locorégionaux en fonction des besoins des patients et dans un objectif d'efficience et de qualité.

Dans ce contexte, le Conseil vous remercie de la demande d'avis supplémentaire relative à la subdivision en missions de soins loco- et suprarégionales, qui constitue un premier pas dans cette direction. Nous y reviendrons en détail au chapitre 2.

2. Subdivision des missions de soins en missions de soins loco- et suprarégionales

Remarques générales et timing

Le Conseil comprend la décision du ministre de limiter la subdivision des missions de soins aux niveaux suprarégional et locorégional (sans autre distinction), compte tenu de l'hétérogénéité des réseaux en termes de nombre de patients traités dans le bassin de soins/l'hinterland et de nombre d'hôpitaux participants. In fine, il faudra en tenir compte également dans l'application des critères de programmation, ce qui sera différent pour les missions de soins locales et les missions de soins suprarégionales. En effet, pour les missions de soins suprarégionales (plus spécialisées), qui sont effectuées dans un nombre plus limité de sites, une zone de recrutement plus large s'applique.

Le Conseil partage la préoccupation selon laquelle la liste doit être dynamique et évolutive dans le temps, notamment en fonction des évolutions de la technologie médicale. Le Conseil demande également de prêter attention à l'ensemble du processus de changement. Un plan plus complet, étape par étape, est présenté au chapitre 3. Il convient d'avoir :

1. Une liste claire des missions de soins loco- et suprarégionales, ainsi que le processus et le calendrier de leur mise à jour régulière. Tel est l'objet du présent avis. Le Conseil estime que l'étiquetage des missions de soins en missions locales ou

suprarégionales ne doit pas se fonder sur la situation actuelle (car les réseaux sont justement destinés à optimiser la situation actuelle), mais sur un ensemble de critères objectifs, qui seront précisés ultérieurement. Cette liste est donc une déclaration d'intention pour les futures modifications prévues dans la programmation⁶.

2. Une communication claire et opportune relative à la future programmation attendue, sur avis du CFEH, avec des accords clairs entre les autorités fédérales et les entités fédérées sur la manière dont les agréments auront lieu afin d'aboutir à un ensemble cohérent basé sur des critères transparents (voir ci-dessous où les critères sont abordés). À cet effet, nous nous référons également à l'avis du CFEH en matière de programmation.
3. Un délai suffisant entre ces annonces et la mise en œuvre obligatoire afin de permettre aux hôpitaux de s'adapter à la nouvelle réalité et de gérer correctement les conséquences des changements au niveau social, pour le personnel hospitalier, pour les patients et pour les partenaires de la première ligne de soins. Lorsque des changements dans la programmation ou dans d'autres formes de réglementation entraînent une concentration accrue, cela nécessite une période d'adaptation d'environ cinq ans, compte tenu des défis majeurs dans le domaine social et sachant que la période d'amortissement des équipements médicaux est de cinq ans.
4. Une mise à jour régulière tant de la subdivision en missions de soins loco- et suprarégionales que de la programmation elle-même. Le Conseil propose que, sur avis du CFEH, la liste des missions de soins loco- et suprarégionales soit mise à jour au début de chaque législature sur la base des données et des connaissances scientifiques disponibles. En cas de recherche scientifique insuffisante, le ministre peut demander des études supplémentaires, par exemple auprès du KCE.
Dans ce même avis, le CFEH propose la liste des missions de soins dont la programmation doit être revue en priorité selon le secteur.
Si la recherche scientifique est suffisante et que le ministre partage la priorité, le CFEH sera sollicité pour un avis spécifique afin d'adapter la programmation en fonction de cette recherche scientifique.

Définitions et critères

Le CFEH s'est strictement basé sur les définitions contenues dans la loi du 28 février 2019 pour la division en missions de soins loco- et suprarégionales, sauf indication contraire. Pour rappel, voici les définitions :

- **missions de soins** : les activités des hôpitaux liées à un service hospitalier, une fonction hospitalière, une section hospitalière, un appareillage médical lourd, un service médical, un service médico-technique ou un programme de soins ;
- **missions de soins locorégionales** : missions de soins qui doivent être proposées dans chaque réseau hospitalier clinique locorégional ;
 - = au moins 25, avec au moins 1 dans chaque réseau
- **missions de soins suprarégionales** : missions de soins qui ne peuvent pas être proposées dans chaque réseau hospitalier clinique locorégional ;

⁶ Nous reviendrons plus en détail sur ce processus au chapitre 3

= pas de maximum, mais ne sera pas proposé dans tous les réseaux

Le CFEH propose d'utiliser les critères supplémentaires suivants pour faire le choix entre les missions de soins loco- ou suprarégionales :

- accessibilité / proximité, mobilité des patients et continuité des soins ;
- degré d'urgence des interventions, l'importance des délais d'intervention ;
- intensité en capital (infrastructure ou matériel coûteux) ;
- taille et composition du groupe cible de patients (prévalence et masse critique) ;
- degré de spécialisation, expertise interprofessionnelle requise et complexité ;
- faible disponibilité du personnel spécialisé ;
- fréquence de l'intervention (par patient).

L'objectif est de pouvoir organiser les missions de soins de manière efficace et qualitative, dans le cadre d'un projet médical cohérent.

Points d'attention concernant ces définitions et critères :

- L'étiquetage des missions de soins en missions loco- ou suprarégionales dans cet avis ne se base pas sur la situation existante, mais définit l'intention de comment organiser l'offre de soins (future). En d'autres termes, le nombre actuel de prestataires (c'est-à-dire plus ou moins de 25 en Belgique) n'est pas en soi un critère pour qualifier une mission de soins de locorégionale ou suprarégionale.
- L'objectif est que les réseaux hospitaliers locorégionaux adaptent de manière rationnelle et efficace l'offre de services hospitaliers en Belgique aux besoins objectivés par mission de soins. Il convient dès lors de pouvoir autoriser des exceptions en vertu desquelles certaines missions de soins locorégionales spécifiques ne doivent pas nécessairement être organisées au sein de chaque réseau, moyennant l'obligation de pouvoir proposer cette mission de soins aux patients de son bassin, en collaboration avec un autre réseau. Ainsi, un réseau pourrait exceptionnellement décider de coopérer avec un réseau voisin pour proposer, par exemple, une radiothérapie, pour autant que l'accessibilité géographique ne soit pas compromise. Cela dépend bien sûr fortement de la situation locale (accessibilité, disponibilité).
- La définition des missions de soins suprarégionales permet à plusieurs hôpitaux d'un réseau d'organiser une même mission de soins suprarégionale, si cela se justifie par la prise en charge d'une masse critique suffisante de patients. Le Conseil en souligne explicitement l'importance, compte tenu de l'hétérogénéité des réseaux (nombre d'hôpitaux concernés et nombre de patients traités). En effet, l'intention ne peut pas être de concentrer les missions de soins si cela n'apporte qu'une faible valeur ajoutée en termes de qualité ou d'efficacité. Ces concentrations ont également un coût (humain). Parallèlement, il convient de souligner ici que l'objectif est d'aligner l'offre de soins suprarégionale en Belgique de manière rationnelle et efficace sur les besoins en soins.
- La liste des missions de soins soumise au CFEH est basée sur les missions de soins (lits, services, fonctions, programmes de soins, etc.) pour lesquelles il existe déjà des normes de programmation ou d'agrément. Pour certaines missions de soins, ces normes ont déjà été établies il y a plusieurs décennies. Par conséquent, elles peuvent être obsolètes. Le contenu des missions de soins reprises dans la liste ne sera pas toujours uniforme, que ce soit au niveau loco- ou suprarégional. Dans le cadre de certaines missions de soins, il est parfaitement possible qu'une application largement répandue coexiste avec une application plus pointue sur le plan technologique nécessitant un appareillage et/ou des connaissances spécifiques. En

ce sens, au sein d'une mission de soins donnée, certains éléments peuvent être proposés au niveau locorégional et d'autres aspects de cette même mission de soins doivent plutôt être organisés au niveau suprarégional. Le Conseil s'est basé sur les définitions actuelles et s'est efforcé de les classer comme locorégionales ou suprarégionales. Dans certaines missions de soins, ce classement n'a pas été possible et le CFEH préconise une autre subdivision, une différenciation. Le Conseil a spécifiquement mentionné ce point pour les missions de soins concernées et clarifiera cette subdivision prochainement dans un nouvel avis, après avis d'experts.

- La subdivision entre les missions de soins loco- et suprarégionales ne sera qu'une première indication, qu'il faudra affiner lorsque la programmation par mission de soins sera revue sur la base d'études scientifiques. Les volumes minimaux de patients traités peuvent jouer un rôle à cet égard, s'il s'agit d'un critère de qualité fondé sur des preuves scientifiques, tant pour certaines missions de soins locorégionales que suprarégionales.

La liste des missions de soins loco- et suprarégionales

Le ministre a proposé une liste de missions de soins loco- et suprarégionales. Le CFEH formule plusieurs commentaires sur cette liste. Les propositions sont basées sur l'application des définitions et critères ci-dessus et sur les remarques générales. Compte tenu du délai imparti, le Conseil n'a pas examiné davantage les missions de soins qui ne figuraient pas sur cette liste. Le Conseil examinera plus en détail la question de savoir si (certaines) missions de soins qui sont réglementées par convention INAMI doivent à terme aussi figurer dans la liste des missions de soins loco- ou suprarégionales.

Lits L

Les lits L sont installés dans les services des maladies infectieuses. Le Conseil marque son accord sur le caractère suprarégional des lits L existants mais souhaite que cette thématique puisse être reconsidérée à court terme en raison de la crise sanitaire actuelle, en vue d'une réponse à cette pandémie et aux pandémies futures. Dans ce cadre, un futur programme de soins des maladies infectieuses pourrait être intégré au niveau locorégional.

Radiothérapie

Le Conseil approuve la demande d'avis visant à considérer la radiothérapie comme une mission de soins locorégionale.

Comme mentionné dans les observations générales, le Conseil estime qu'il est important qu'un réseau puisse exceptionnellement décider de collaborer avec un réseau voisin afin d'offrir ce type de soins, si cela ne compromet pas l'accessibilité géographique. La définition actuelle des missions de soins locorégionales ne le permet pas pour l'instant.

Certains types de radiothérapie hautement spécialisés ne doivent être proposés que dans un nombre limité de sites et se situent donc à un niveau suprarégional. Les exemples les plus marquants sont la protonthérapie ou certains traitements spécialisés pour des tumeurs rares. Après concertation avec des experts, le Conseil formulera d'ici le mois de mars un avis supplémentaire dans lequel ces missions suprarégionales spécifiques seront énumérées de manière plus complète.

PET-scan

Le CFEH propose de faire passer ce type d'activité du niveau suprarégional au niveau locorégional. Il existe déjà de longues listes d'attente pour le PET-scan et nous nous attendons à une nouvelle augmentation des problèmes oncologiques et des indications pour lesquels le PET-scan est nécessaire pour le diagnostic et le suivi ultérieur. L'extension du programme est nécessaire afin de parvenir à une répartition plus équilibrée des appareils PET et d'accroître ainsi l'accessibilité géographique de ces services. En parallèle, nous soutenons aussi la nécessité d'augmenter le nombre de prestations pouvant être facturées par agrément afin de diminuer les listes d'attente.

Comme mentionné dans les observations générales, le Conseil estime qu'il est important qu'un réseau puisse exceptionnellement décider de collaborer avec un réseau voisin afin d'offrir ce type de soins, si cela ne compromet pas l'accessibilité géographique. La définition actuelle des missions de soins locorégionales ne le permet pas pour l'instant.

Clinique du sein - coordination

Le CFEH propose de faire passer ce type d'activité du niveau suprarégional au niveau locorégional. Le programme de soins en clinique du sein coordinatrice se superpose au programme de soins en oncologie, qui est considéré comme une mission de soins locorégionale.

Les normes d'agrément du programme de soins en clinique du sein coordinatrice imposent un niveau d'activité d'au moins 125 nouveaux cas/an⁷. Par conséquent, une centralisation des cliniques du sein a déjà eu lieu ces dernières années, associée à la possibilité de collaborer avec une clinique du sein satellite. Un tel niveau d'activité offre déjà une certaine garantie en termes d'expertise.

Avec une incidence de 10 962 cas de cancer du sein par an⁸, et donc la tumeur la plus fréquente chez la femme, l'organisation de la clinique du sein coordinatrice au niveau du réseau hospitalier locorégional se justifie.

Programme de soins pathologie cardiaque

Le Conseil constate qu'il convient de revoir les normes de programmation et d'agrément concernant le programme de soins pathologie cardiaque dans leur intégralité. Elles datent de plus de 15 ans et la subdivision en missions de soins locorégionales et suprarégionales n'est pas toujours facile à définir. Cela nécessite une concertation plus approfondie avec des experts. En prévision de cette concertation, le Conseil peut d'ores et déjà rendre l'avis suivant.

Programme de soins pathologie cardiaque B1-B2

Le Conseil approuve la proposition contenue dans la demande d'avis de considérer le programme de soins B1 et B2 comme mission de soins locorégionale.

Comme mentionné dans les observations générales, le Conseil estime qu'il est important qu'un réseau puisse exceptionnellement décider de collaborer avec un réseau voisin afin d'offrir ce type de soins, si

⁷ Arrêté royal du 26 avril 2007 fixant les normes auxquelles le programme coordinateur de soins oncologiques spécialisé pour le cancer du sein et le programme de soins oncologiques spécialisé pour le cancer du sein doivent satisfaire pour être agréés.

⁸ Incidence du cancer du sein en 2019 :

https://kankerregister.org/media/docs/CancerFactSheets/2019/Cancer_Fact_Sheet_FemaleBreastCancer_2019.pdf

cela ne compromet pas l'accessibilité géographique. La définition actuelle des missions de soins locorégionales ne le permet pas pour l'instant.

Programme de soins pathologie cardiaque B3

Le Conseil est d'accord de considérer le programme de soins B3 comme suprarégional. En effet, le nombre d'interventions est en baisse, ce qui signifie que l'offre actuelle n'a assurément pas besoin d'être élargie.

Le Conseil souligne les observations suivantes qui sont importantes dans ce cadre :

- Il convient d'assurer une répartition géographique correcte ;
- La définition des missions de soins suprarégionales permet à plusieurs hôpitaux d'un réseau d'organiser la même mission de soins suprarégionale, si cela se justifie par la prise en charge d'une masse critique suffisante de patients (cf. supra) ;
- Lorsque des changements dans la programmation ou dans d'autres formes de réglementation entraînent une concentration accrue, cela nécessite une période d'adaptation d'environ cinq ans (cf. supra).

Programme de soins pathologie cardiaque E

Il nous semble à terme nécessaire de pouvoir regrouper une partie de la mission de soins et donc de classer une partie de la mission de soins comme suprarégionale. Cela concerne, par exemple, les interventions chez les patients atteints de maladies cardiaques rares.

Toutefois, une autre partie de cette mission de soins doit manifestement être assurée à proximité du patient et peut dès lors être organisée de manière locorégionale. Il s'agit, par exemple, de l'implantation standard d'un pacemaker.

Par conséquent, le Conseil est d'avis que cette mission de soins doit également être subdivisée, afin de permettre une différenciation plus précise entre une partie locorégionale et une partie suprarégionale.

La distinction entre les procédures simples et complexes peut être élaborée sur la base de critères médicaux, mais peut également se fonder sur la nomenclature actuelle existante. Lors de la subdivision des missions de soins locorégionales et suprarégionales, il conviendra aussi de différencier davantage le lien entre le programme de soins B et le programme de soins E.

Cette subdivision ne peut pas être entièrement réalisée dans le délai prévu pour la présente demande d'avis, mais le Conseil demandera à des experts de lui fournir un autre avis à ce sujet et formulera un avis supplémentaire sur cette question d'ici mars.

Le Conseil souligne les observations suivantes qui sont importantes dans ce cadre :

- Cela nécessitera également une adaptation des normes d'agrément du programme de soins pathologie cardiaque, car il ne peut être proposé qu'en complément et dans le cadre d'un programme de soins global « Pathologie cardiaque B » (B1+B2+B3) cohérent ;
- La définition des missions de soins suprarégionales permet à plusieurs hôpitaux d'un réseau d'organiser la même mission de soins suprarégionale, si cela se justifie par la prise en charge d'une masse critique suffisante de patients (cf. supra) ;

- Lorsque des changements dans la programmation ou dans d'autres formes de réglementation entraînent une concentration accrue, cela nécessite une période d'adaptation d'environ cinq ans (cf. supra).

Liaison pédiatrique

La fonction de liaison pédiatrique est définie comme suit dans l'arrêté royal du 15.11.2010⁹ :

« La fonction est créée dans un hôpital traitant des jeunes patients atteints d'une pathologie chronique lourde, dont au moins 50 nouveaux patients par an de moins de 16 ans présentent des affections hémato-oncologiques (...) pouvant nécessiter une prise en charge complexe telle qu'entre autres une transplantation de cellules souches. »

Compte tenu de la population de patients et de l'expertise spécifiques, cette mission de soins peut, contrairement à la demande d'avis, être classée comme suprarégionale.

Banques de tissus

Les banques de tissus peuvent être organisées au niveau suprarégional tant que subsiste la possibilité de dépôts de tissus pour les banques d'os au niveau locorégional. En chirurgie orthopédique spécifiquement, il est important que ces dépôts de tissus soient disponibles dans l'hôpital où a lieu l'intervention orthopédique.

Pour les missions de soins non réglementées, le Conseil n'est pas encore en mesure de prendre des positions définitives, mais peut provisoirement rendre l'avis suivant :

Chirurgie robotique

Le Conseil constate tout d'abord que ce terme recouvre des aspects divers et n'est pas suffisamment précis. Le Conseil soupçonne que, dans ce contexte-ci, le terme pourrait faire référence à l'utilisation de la technologie du robot « Da Vinci » en chirurgie urologique par exemple. De facto, cette chirurgie robotique est déjà réalisée au niveau locorégional. Il s'agit en fait d'un outil dont les cas d'utilisation vont encore être élargis dans un avenir proche. Le Conseil considère qu'il s'agit d'un outil permettant d'accomplir certaines missions de soins, lequel n'a pas besoin d'être programmé.

Centres de traumatologie

À ce stade, le Conseil n'est pas encore en mesure de s'exprimer sur cette mission de soins, car on ne sait pas encore quels seront les différents niveaux de soins utilisés.

Tableau récapitulatif des propositions de modifications à la liste contenues dans la demande d'avis :

Mission de soins	Proposition contenue dans la demande d'avis	Avis du Conseil
Lits L	Suprarégional	- Suprarégional

⁹ Arrêté royal du 15.11.2010 fixant les normes auxquelles la fonction « liaison pédiatrique » doit répondre pour être agréée

		- Futur programme de soins des maladies infectieuses au niveau locorégional
PET-scan	Suprarégional	Locorégional
Clinique du sein coordinatrice	Suprarégional	Locorégional
Liaison pédiatrique	Locorégional	Suprarégional
Banques de tissus	Suprarégional	Suprarégional avec dépôts de tissus pour l'os au niveau locorégional
Chirurgie robotique	Suprarégional	À ne pas programmer
Programme de soins pathologie cardiaque E	Suprarégional	Subdivision : une partie des missions de soins au niveau suprarégional, une autre partie au niveau locorégional
Programme de soins pathologie cardiaque B3	Suprarégional	Suprarégional
Radiothérapie	Locorégional	Locorégional, sauf certaines missions de soins spécifiques

Missions de soins à revoir en priorité

Il existe un consensus au sein du Conseil visant à revoir en priorité la programmation concernant la mission de soins « mère et enfant » sur la base de l'étude 289a du KCE, qui la met actuellement à jour. Après la mise à jour de l'étude, le CFEH pourra formaliser un avis scientifiquement étayé à ce sujet. Le CFEH est également en train de formuler un avis relatif à la programmation des lits de réadaptation et à certains indices de lits psychiatriques. Le Conseil réfléchit à d'autres missions de soins prioritaires éventuelles pour lesquelles la programmation peut être révisée à relativement court terme.

3. Prochaines étapes et financement des missions de soins au niveau du réseau

Il est important de travailler progressivement à une coopération accrue entre les hôpitaux et de déployer les moyens adéquats à cette fin. Cela se fera de manière non pas disruptive mais évolutive et avec une communication claire à l'avance, afin de permettre au secteur de savoir à quoi s'attendre. Ce n'est que de cette manière que la mise en réseau contribuera avec succès à fournir des soins plus efficaces et de meilleure qualité. Voici les prochaines étapes :

- Tout d'abord, les obstacles juridiques existants à la coopération doivent être levés (cf. chapitre 1).
- Il convient de financer correctement les fonctions de coordination des réseaux.
- Ensuite, il convient prioritairement d'agir via la programmation et les normes d'agrément, qui sont des outils pouvant inciter à atteindre une meilleure qualité des soins. Les hôpitaux seront ainsi prioritairement incités¹⁰ à collaborer sur les missions de soins pour lesquelles les normes de qualité ou les volumes de programmation ne seront pas / plus atteint(e)s. Les réseaux pourront alors s'organiser en fonction des besoins des patients et dans un objectif d'efficacité et de qualité, et ce dans un trajet évolutif (cf. chapitre « remarques générales et timing »).

¹⁰ Par les autorités fédérales et les entités fédérées, travaillant en étroite collaboration à cet égard

Les propositions formulées au chapitre 2 constituent une base importante à cet égard.

Le financement sera ensuite adapté aux nouvelles normes de programmation et d'agrément ou aux nouvelles modalités de remboursement (missions de soins non programmées). Le financement peut contenir des éléments qui encouragent une coopération accrue. Tant que la responsabilité financière légale et la responsabilité opérationnelle de la mise en œuvre des soins restent au niveau de l'hôpital, comme c'est le cas aujourd'hui, le financement des missions de soins doit a priori être calculé au niveau de l'hôpital individuel. En cas de transfert des missions de soins entre hôpitaux et donc de transfert des services ou fonctions agréés, il y aura de facto un transfert de financement entre hôpitaux.

Le Conseil propose ci-dessous une feuille de route pour la mise en œuvre des missions de soins programmées à réviser.

1. Début de la législature : Sur la base de l'avis du CFEH, liste des programmes de soins dont la programmation est à réviser en priorité et qui font l'objet d'études scientifiques en suffisance.
2. Confirmation par le ministre des missions de soins à réviser en priorité.
3. Avis du CFEH fondé sur la recherche scientifique concernant la mission de soins en question.
4. Adaptation de la programmation de la mission de soins en question et, si nécessaire, des volumes minimaux, après concertation avec les entités fédérées dans le cadre d'une éventuelle adaptation de l'agrément.
5. Adaptation de l'agrément pour la mission de soins en question.

Lorsque des changements dans la programmation ou dans d'autres formes de réglementation entraînent une concentration accrue, cela nécessite une période d'adaptation d'environ cinq ans (cf. supra).

6. Adaptation du financement aux nouvelles normes
 1. Adapter aux nouvelles règles de programmation & agrément. Le financement responsabilise en faveur de la qualité et de l'efficacité.
 2. Le financement de la mission de soins reste a priori calculé au niveau de l'hôpital individuel, car la responsabilité financière et opérationnelle se situe au niveau de l'hôpital. Le transfert de missions de soins entre les hôpitaux entraînera automatiquement une concentration du financement dans un ou plusieurs des hôpitaux du réseau.

Dans un avis supplémentaire, le Conseil examinera comment le secteur peut être associé autant que possible à ces travaux.
