

SPF SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 20/06/2024

Direction générale Soins de santé

CONSEIL FÉDÉRAL
DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Réf. : CFEH/D/602-4 (*)

Mémoire CFEH 2024 - 2028

Quatre priorités pour un accord de gouvernement fédéral

Au nom de la Présidente du CFEH,
Margot Cloet

Sabine Stordeur
Directrice générale

(*) Le présent mémoire a été approuvé par la plénière le 20/06/2024 et ratifié par le Bureau à cette même date.

Introduction

Par ce mémorandum, le CFEH souhaite formuler un avis à l'intention du prochain gouvernement fédéral et plus spécifiquement à l'intention du futur ministre de la Santé publique. En agissant ainsi, il souhaite soutenir le ministre (et par extension le gouvernement fédéral dans son ensemble) dans l'élaboration d'un plan pour les soins de santé au cours de la nouvelle législature. Il estime essentiel que le nouveau gouvernement fédéral continue d'investir dans les soins de santé et mette en œuvre les réformes nécessaires. Plus que jamais, les soins de santé seront sous pression en raison de la situation démographique de notre pays (vieillesse de la population, augmentation du départ des prestataires de soins, situation financière précaire, ...). Le CFEH en est pleinement conscient et cette note a été rédigée en tenant compte de ces préoccupations.

De nombreux avis formulés par le CFEH au cours de la législature 2020-2024 se poursuivront durant la prochaine législature. C'est pourquoi nous y faisons régulièrement référence.

Le CFEH rappelle son objectif principal qui traverse toutes les recommandations énumérées plus bas, à savoir contribuer à la santé et à la qualité de vie dans la société des citoyens ; cet objectif pose bien sûr la question de nature éthique sur ce que nous appelons « qualité », mais aussi sur notre vision actuelle sur la vie et la mort (fin de vie) ;

Les quatre priorités du CFEH en matière de soins de santé sont les suivantes:

1. « Workforce » Professions de soins de santé
2. Objectifs de santé
3. Hôpital du futur
4. Financement

1. Workforce professions des soins de santé

1.1 Attractivité des professions de soins

La diminution du nombre de personnes actives dans les soins ne peut être niée : face aux besoins qui ne cessent de croître et de se diversifier, le renforcement de l'attractivité de ces métiers est un véritable défi pour l'avenir ; même si chacun tente d'être innovant dans l'organisation de ses ressources, dans le contexte de la pénurie (imminente) de personnel, nous demandons néanmoins des efforts pour rendre les professions de santé plus attrayantes. Selon le CFEH, cette problématique nécessite une approche globale, qui doit être concrétisée dans un plan d'action soutenu par le secteur et toutes les autorités compétentes. Ce plan devrait agir à trois niveaux : l'attractivité de la profession, la rétention du personnel et la réorganisation du travail.

Outre la nécessité de renforcer l'attractivité de ces professions, il a été identifié qu'il était également nécessaire d'analyser les points sur lesquels une flexibilité pourrait également être apportée dans le cadre des normes liées au département infirmier ; nous renvoyons à cet effet à l'avis CFEH/D/607-2.¹

Concernant la profession médicale , les médecins de la génération actuelle accorde davantage d'importance à l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, ce qui rend également plus difficile l'organisation de soins non programmés en dehors des heures de travail normales. A cet égard, un plan devrait être élaboré pour organiser les soins urgents en dehors des heures de travail, (en accordant également une attention suffisante à des soins de santé mentale) d'une manière uniforme sur l'ensemble du territoire.

La hausse des coûts résultant du recours souvent nécessaire aux collaborateurs et aux intérimaires-collaborateurs de projets oblige à remettre en question les conditions légales permettant d'employer de tels travailleurs dans le secteur des soins.

1.2 Intégration de nouvelles technologies médicales

Outre la préoccupante situation liée à la pénurie croissante de professionnels de soins, il importe que ces derniers puissent continuer à faire leur travail de manière satisfaisante et durable. Pour cela, il faut veiller à une intégration plus « fluide » de nouvelles technologies médicales dans les processus de soins de santé. En effet, étant donné la problématique de pénurie relevée plus haut, elles peuvent offrir des solutions pour soutenir la prévention (application de l'intelligence artificielle aux données), le diagnostic (imagerie médicale soutenue par l'intelligence artificielle), le traitement (techniques chirurgicales moins invasives) et le suivi (applications médicales permettant aux patients de contrôler eux-mêmes certains paramètres). De plus, cela permettrait de pouvoir faciliter et épargner également les professionnels de santé qui sont responsables des enregistrements.

Bien évidemment, cette intégration doit être soutenue par des ressources financières suffisantes et des garanties sur la sécurité de ces technologies.

En outre, il est essentiel d'accorder une attention particulière à la littératie en matière de santé des patients et de leurs proches.

1.3 Cadre juridique des spécialistes en soins infirmiers et des infirmiers spécialisés

Cette mise en place devrait permettre d'actualiser les responsabilités et des compétences dans le domaine du traitement infirmier ,préventif et curatif, des patients ainsi que pour les consultations infirmières dans les hôpitaux ; à cet égard, il y a lieu de prévoir un financement approprié en fonction de l'acte intellectuel et du niveau de responsabilité, sans oublier la formation continue nécessaire à cet effet.

¹ Avis relatif à la reconnaissance/agrément de la structure infirmière comme sous-partie de la demande d'avis globale « agréments en cascade » (partie 3)

1.4 Ratio maximal « patient-nurse »

Il convient de déterminer le ratio PN maximal pour les hôpitaux généraux, universitaires et psychiatriques ; ce ratio PN devrait être davantage différencié et lié aux indicateurs Q et aux événements évitables dus à un environnement de travail dangereux.

Les normes en matière d'encadrement devront être augmentées afin de respecter ce ratio PN maximal afin d'assurer la qualité de la prise en charge mais aussi améliorer le bien-être des soignants (« travail réalisable »).

1.5 Révision de la classification du système IFIC

Certains métiers ont fortement évolué depuis la rédaction des premières descriptions de fonctions du nouveau système de classification barémique IF-IC. Le CFEH demande que les métiers puissent continuer à évoluer, comme le prévoit la méthodologie d'entretien de fonctions du processus IFIC et aussi pour s'adapter aux réformes du métier infirmier décidées (ou en passe d'être décidées) par le gouvernement. Les moyens doivent être suffisants pour assurer le financement des adaptations éventuelles de barèmes consécutives à ces évolutions.

2. Objectifs de Santé

Comme souligné dans notre Mémoire précédent, le CFEH est toujours soucieux de s'impliquer dans des initiatives visant à sensibiliser la société à l'importance d'un mode de vie sain ; la mise en place d'objectifs de santé constitue à cet égard un instrument important.

2.1 Quintuple aim –implantation des objectifs de soins de santé

Le CFEH estime qu'il est essentiel de continuer à mettre en œuvre des politiques de santé fondées sur des objectifs de santé (soins) et étayées par les principes du "Quintuple Aim" : améliorer la santé de l'ensemble de la population en fonction des besoins en soins médicaux ; améliorer la qualité des soins du point de vue de l'expérience individuelle ; utiliser efficacement les ressources disponibles ; réduire les inégalités sociales en matière de santé ; améliorer le bien-être des prestataires de soins de santé.

2.2 Accessibilité des soins de qualité pour tous - actualisation et priorisation de la programmation

Cet accès passe non seulement par une actualisation de la programmation, mais aussi par la nécessité de la prioriser, en fonction de l'évolution des besoins du patient mais aussi de l'innovation médicale.

En termes d'actualisation de la programmation, des accords à ce sujet doivent être conclus avec les Communautés et Régions, de façon à éviter les imprécisions lors de sa mise en œuvre. Elle devra être nationale, basée sur des données probantes ("evidence-based"), transparente et évolutive (en tenant compte des tendances démographiques); quant à la répartition de la programmation, qui est déterminée pour une population donnée dans une zone délimitée, il faudrait également tenir compte des flux réels de patients et de l'expertise acquise, en particulier dans les grandes villes (cf ci-dessous) ; ces éléments ont déjà été mentionnés dans l'exercice précédent.

Le CFEH souhaite également mettre l'accent sur la révision de l'organisation des urgences, en collaboration avec la première ligne.

2.3 Participation des patients

Il est essentiel que les soins soient organisés en fonction des besoins du patient. Soutenir les structures qui appuient et façonnent les organisations de patients au niveau méso-régional peut être crucial pour favoriser la collaboration entre les associations de patients et les hôpitaux, afin que la qualité des soins soit évaluée et adaptée en conséquence.

3. Hôpital du futur

En préambule, le CFEH souligne qu'aujourd'hui, le secteur des soins de santé se décline de plus en plus en soins de santé numérique : qu'il s'agisse de dossiers électroniques des patients, de télémédecine, de diagnostic numérique, d'interventions thérapeutiques à partir de logiciels, ou encore de système de surveillance à distance des patients. Ces nouvelles technologies dans les soins de santé en ce y compris son interaction grandissante avec l'intelligence artificielle dessineront sûrement l'hôpital du futur et en partie le paysage futur hospitalier.

3.1 Réorganisation du paysage hospitalier futur

Préalablement, le CFEH estime indispensable d'actualiser la définition du terme "hôpital" ainsi que de la vision des concepts de « centralisation et de décentralisation » ; le Conseil, actuellement, se penche sur ces questions dans le cadre d'un de ses groupes de travail sur l'identification des freins à la collaboration entre institutions hospitalières.

3.1.1 Centre d'activité spécialisé qui tend la main en dehors de ces murs (y inclus outreach)

Le CFEH préconise donc d'actualiser la définition du terme "hôpital" : d'un hôpital de lits, il devient un centre d'activités spécialisé (hôpital de jour, hospitalisation résidentielle, polyclinique, diagnostique spécialisé, ...), doté d'un large éventail de services de proximité et de soutien dans le cadre de l'extension des soins intégrés. Certains hôpitaux peuvent jouer un rôle plus important en tant que « community hospital ».

Les hôpitaux (généralistes et psychiatriques) doivent également avoir la possibilité de déployer leur expertise à l'extérieur, comme, par exemple dans le cadre de l'hospitalisation à domicile.

Le Conseil demande une répartition adéquate des missions en matière de soins. La désignation des missions de soins loco - et suprarégionales par arrêté royal en a été une première étape.

3.1.2 Actualisation de la définition d'« hôpital », adaptation de la loi sur les hôpitaux et normes, y compris normes de qualité

Dans la phase suivante, il faudra travailler à la modification de la loi sur les hôpitaux et des normes hospitalières, afin qu'il soit possible de passer d'une organisation axée sur l'offre à une organisation davantage axée sur les besoins et la demande.

Le CFEH appelle également à une actualisation complète des normes d'agrément en fonction de la centralisation de certains services, également en vue d'une meilleure qualité, d'une expertise

interdisciplinaire et d'une plus grande efficacité. Les patients doivent se voir garantir des services de base de proximité. Cette adaptation devrait également permettre une collaboration plus structurée entre les hôpitaux. La localisation de l'offre peut s'avérer secondaire par rapport aux garanties de qualité et de sécurité, d'accessibilité financière et de continuité. Si celles-ci sont garanties, les hôpitaux doivent pouvoir organiser leur offre de manière flexible (au niveau du campus, de l'hôpital ou du réseau).

Les « focused clinic » devront également trouver leur place dans le nouveau paysage tout en garantissant une offre de soins complète accessible d'un point de vue géographique. Ils doivent être développés davantage, en identifiant et en adaptant les obstacles (juridiques) à leur mise en œuvre. Le CFEH souligne que les focused clinics se distinguent clairement des cliniques privées (existantes).

En effet, le CFEH, se référant à son récent avis sur les normes en cascade (réf : CFEH/.../), est d'avis qu'une "focused clinic" doit être une activité hospitalière ; à ce titre ; elle doit répondre une réglementation, garantissant la qualité et la continuité des soins.

3.1.3 Grandes villes

Le CFEH rappelle que, dans le cadre des solutions à apporter pour les différents défis énumérés dans ce présent document , il est nécessaire parfois de tenir compte des spécificités des métropoles comme Anvers, Bruxelles, Charleroi, Gand, Liège. Ainsi, ces grandes villes connaissent une grande attractivité de patients de leur hinterland, connaissent des défis spécifiques en termes de mobilité pour les patients et le personnel, de sécurité ou encore de déterminants socio-économiques. Il convient d'en tenir compte dans la mise en œuvre des propositions pensées au niveau national.

3.2 Soins intégrés

Comme déjà repris dans le Memorandum précédent, les hôpitaux et réseaux d'hôpitaux ne sont toutefois pas des îlots ni des groupes d'îles dans les soins de santé. Au cours de ces prochaines années, il faudra continuer à élargir davantage, en fonction des "soins intégrés", la collaboration et la formation de réseaux entre les hôpitaux, la première ligne, les réseaux/acteurs de soins de santé mentale, les soins résidentiels aux personnes âgées et le secteur de la réadaptation.

3.2.1 Collaboration entre hôpitaux, première ligne et santé mentale

Le CFEH souhaite promouvoir ici la nécessité d'une collaboration optimale dans le secteur de la santé mentale quelle que soit la forme que cette collaboration peut revêtir ; en effet, les collaborations peuvent être développées , par exemple, au sein des réseaux locorégionaux, mais également en dehors de ces derniers en fonction des compétences et souhaits de collaboration.

Une bonne coordination avec les soins de première ligne est indispensable pour assurer la continuité des soins, non seulement sur le plan médical, mais également dans tous ses aspects sociaux.

Le CFEH souligne que l'approche par « réseau » n'est qu'une forme de collaboration parmi d'autres ; d'autres formes de collaboration peuvent également apporter des solutions à certains problèmes et doivent donc pouvoir continuer à être utilisées. A ce titre, les recommandations du futur avis relatif à

la problématique des agréments « en cascade » - « freins à la collaboration » pourront permettre d'élargir la réflexion sur le sujet.

La stimulation financière des collaborations/réseaux est nécessaire pour atteindre efficacement l'objectif. Le CFEH demande que l'on soit attentif à ce que l'on détermine correctement le niveau à partir duquel une unité de décision peut se dégager.

3.2.2 "Management" de la population

L'organisation des soins hospitaliers de proximité axée sur la population est une stratégie efficace pour atteindre les objectifs de 5AIM. Cela est également pertinent pour l'offre de soins psychiatriques, dans le cadre de la santé mentale publique.

Pour les hôpitaux, cela signifie renforcer la collaboration avec la première ligne, y compris la collaboration avec la communauté, et ne pas se concentrer uniquement sur le traitement des patients individuels, mais aussi sur la gestion proactive de la santé de la communauté élargie qu'ils desservent

3.2.3 Coordination entre l'autorité et les entités fédérées

Le CFEH préconise à ce niveau une collaboration maximale entre ces acteurs, sans ajouter inutilement de la complexité dans les structures actuelles.

3.2.4 Spécificité des hôpitaux universitaires

Afin que les hôpitaux universitaires puissent accomplir leurs missions spécifiques en matière de soins aux patients, de formation, de recherche fondamentale et translationnelle, et de services, il est important que l'hôpital universitaire, en plus de consacrer du temps et des ressources aux soins aux patients, offre également à son personnel un soutien suffisant pour permettre la réalisation maximale des missions de recherche, d'enseignement et de services. Pour continuer à jouer ce rôle spécifique dans le paysage actuel des soins, basé sur le « continuum of care » et la formation de réseaux, les priorités suivantes sont nécessaires :

- Reconnaissance de la spécificité de la mission triple des hôpitaux universitaires dans le paysage des soins ;
- Refinancement de toutes les composantes de B7A liées au statut spécifique des médecins et aux lourdes charges sociales qui y sont associées ;
- Redéfinition du modèle de financement des missions spécifiques des hôpitaux universitaires, en particulier pour l'organisation de la formation et la promotion de la recherche et de l'innovation

3.3 Soins non planifiés pour les besoins de soins somatiques et mentaux

Le CFEH plaide en faveur d'une collaboration plus étroite avec la première ligne, notamment avec les postes de garde des médecins généralistes à proximité immédiate des campus hospitaliers.

Cela permettrait aux patients d'être dirigés vers le cadre le plus approprié et pourrait également soulager les urgences.

Plus précisément, les propositions sont les suivantes :

- Un triage commun (physique et téléphonique) des services d'urgence et des postes de garde des médecins généralistes (y compris le 112 et le 1733), avec un caractère contraignant ;
- Une extension des heures d'ouverture des postes de garde des médecins généralistes pour diminuer la pression sur les urgences même pendant les heures de bureau (les heures d'ouverture des postes de garde des médecins généralistes se limitent actuellement aux week-ends et dans certaines régions également aux heures du soir en semaine) ;
- Une collaboration intensive entre les postes de garde des médecins généralistes et les services d'urgence situés au même endroit ;
- L'implication des équipes mobiles de crise en santé mentale.

3.4 A renforcer ou à redéfinir

3.4.1 Hôpital de jour gériatrique

Pour répondre aux défis liés au vieillissement de la population, le CFEH préconise l'extension des hôpitaux de jour gériatriques, permettant aux personnes âgées de recevoir des soins appropriés tout en restant dans leur environnement familial et éviter autant que possible des hospitalisations non désirées.

Cependant, le financement limité de ces structures constitue un obstacle majeur, ce qui peut avoir un impact sur le flux de patients dans les hôpitaux généraux. Pour surmonter ces défis, le CFEH émettra des recommandations pour revoir le financement et garantir une offre adéquate de personnel paramédical et infirmier dans les hôpitaux de jour gériatriques.

3.4.2 Offre de soins psychiatriques

Les efforts pour la santé mentale doivent être maintenus pendant encore plusieurs années, en particulier en ce qui concerne l'offre destinée aux groupes cibles suivants : les personnes âgées, les enfants et les jeunes, les patients en psychiatrie médico-légale et les patients hospitalisés sous contrainte.

3.4.3 Vision interfédérale sur la revalidation

Le CFEH demande de poursuivre le développement d'une vision interfédérale sur la rééducation, en tenant compte des propositions contenues dans l'avis du CFEH du 28/09/2024 et en particulier de la mise en œuvre concrète du concept des lits de rééducation (R-lits), du système de classification des patients, de l'équipe de liaison et de l'hôpital de jour de rééducation. Une analyse du financement à différents niveaux (SPF INAMI) est nécessaire pour obtenir une vue d'ensemble de l'utilisation réelle du personnel par hôpital, afin de pouvoir établir des normes de personnel et un financement futurs sur cette base.

Cet exercice devra être réalisé avec toutes les autorités concernées (INAMI, SPF et entités fédérées). Des accords bilatéraux spécifiques entre le gouvernement fédéral et les communautés et régions devront être prévus lors de l'élaboration de cet avis.

4. Financement

4.1 Réforme du financement des hôpitaux

Au départ d'une vision du futur paysage des soins de santé

La réforme du financement des hôpitaux devrait partir d'une vision du futur paysage des soins de santé. Elle devrait prendre en compte les soins appropriés au bon endroit, liés aux directives EBM (lorsqu'elles existent), la collaboration entre les hôpitaux et avec d'autres prestataires de soins de santé.

Un lien doit aussi être établi avec les plans stratégiques en matière de soins de santé. Les missions et les obligations de l'hôpital du futur dans le modèle de soins du futur sont définies.

Ainsi, le CFEH préconise :

- pour les hôpitaux généraux et universitaires, d'élaborer plus avant un forfait « DRG » et de se diriger progressivement vers un financement global ;
- pour les hôpitaux psychiatriques ainsi que pour les sections psychiatriques des hôpitaux généraux, demande est faite de concrétiser, tenant compte de la situation actuelle du secteur SM, l'avis conceptuel de 2015 remis par le CNEH : « avis sur un système de financement prospectif et axé sur les programmes ».

Clarté sur les processus

Le CFEH demande qu'une attention particulière soit accordée au processus.

Pour ce faire, au début de la législature, une feuille de route est nécessaire (en consultation avec le secteur) qui décrit l'ensemble du processus, avec un calendrier fixe pour chaque composante, à la fois en termes de préparation, d'élaboration et de mise en œuvre des mesures.

Cette feuille de route devrait tenir compte des équilibres financiers et des déficits actuels des hôpitaux, ainsi que du lien avec la réforme de la nomenclature et le contrôle de la contribution des patients.

Conscient que la réforme du financement appelée de nos vœux demande du temps, le CFEH demande que des moyens soient dégagés, y compris pour les administrations, pour cette nécessaire période de transition.

Cadre financièrement stable

Les mesures fragmentées créent de la méfiance et un climat d'insécurité financière : c'est ce qui ressort des mesures distinctes mises en œuvre pour les contributions des patients et les honoraires.

Dans ce cadre, le financement des hôpitaux doit être durable et couvrir les coûts. Le financement des hôpitaux doit être adapté et évoluer avec les tâches et les obligations que les hôpitaux doivent assumer dans le secteur des soins de santé. Le financement devrait être plus simple et plus transparent et devrait faciliter la transition du paysage des soins de santé, avec des incitations à la qualité et à l'accessibilité. Afin de rencontrer les exigences de transparence quant aux sources de financement des hôpitaux, il peut être envisagé de diminuer progressivement les suppléments d'honoraires et rétrocessions y relatives, tout en garantissant une compensation adéquate et directement proportionnelle à destination des hôpitaux et médecins, visant à garantir la neutralité budgétaire dans la mise en œuvre de cette réforme. À noter que la réforme de la nomenclature est un des outils au service de cet objectif. Il est également important d'œuvrer en faveur d'un financement couvrant les coûts pour la poursuite de la numérisation et de la cybersécurité.

Priorités financières

En termes de priorités financières, le CFEH fait part de son intention de formuler un avis dans les meilleurs délais (budget et mécanisme de financement) pour les hôpitaux sur les besoins pour la prochaine législature : parmi ceux-ci, le CFEH peut déjà pointer les dossiers relatifs au DPI, à la cybersécurité, aux pensions légales, au financement du quartier opératoire et

au financement inadéquat de certains projets pilotes B4 "et un refinancement suffisant de la sous-partie B1, qui permettrait la couverture effective des coûts des services communs dans tous les hôpitaux, incl. l'élimination des différences historiques dans le B1 des hôpitaux psychiatriques. »

4.2 Norme de croissance minimale

En termes de priorités budgétaires, le CFEH insiste sur une norme de croissance suffisante (au moins 3 %²) pour permettre de prendre en charge les besoins en augmentation et d'innover, à compléter par des budgets spécifiques (belge hors sécurité sociale ou européens) pour augmenter l'attractivité du personnel de soins et l'encadrement autour du patient, investir dans l'innovation (notamment la cybersécurité, l'intelligence artificielle, ...) et trouver une solution pour les pensions statutaires.

En outre, le CFEH :

- demande qu'un financement correct soit garanti pour les différents postes ou normes à respecter (activité justifiée au quartier opératoire, normes PICS, cybersécurité et NIS2, infrastructure digitale, développement de l'intelligence artificielle, coût de l'énergie, ...);
- rappelle également l'obligation d'assurer les engagements du passé, notamment par un traitement rapide des dossiers de révision du BMF, remarques (cf ci-dessous) ;
- demande la poursuite de la réforme du financement des hôpitaux pour une répartition juste et responsabilisante des moyens en co-construction avec le secteur ; dans ce cadre, il y a lieu de garder la possibilité pour les médecins et les gestionnaires d'investir ensemble via des

² Le Bureau du Plan estime que « les déterminants des prestations de soins de santé (prévalence des maladies chroniques, vieillissement de la population, facteurs socioéconomiques, évolution de la pratique médicale et progrès technologique médical) conduisent à un taux de croissance annuel moyen de 3,5% en termes réels entre 2024 et 2028, supérieur à la norme de 2,5% »
https://www.plan.be/uploaded/documents/202306150854330.FOR_MIDTERM_2328_12846_F.pdf page 45

- accords de rétrocession, conclus avec le Conseil médical au niveau local, contraignant pour les médecins, et ce afin d'encourager l'innovation médicale et maintenir ou promouvoir l'activité médicale à l'hôpital ;
- demande d'assurer la couverture correcte des surcoûts hospitaliers pour les patients à profil social ;

4.3 Plateforme structurelle (O.A., hôpitaux, médecins)

Pour assurer la nécessaire cohérence avec la réforme du financement, la réforme de la nomenclature, les initiatives politiques transversales, etc., une bonne coordination entre tous les organes consultatifs et décisionnels est importante. En particulier, nous pensons ici à l'interaction entre le SPF Santé publique et l'INAMI.

Ainsi, il convient de pouvoir disposer d'une plateforme structurelle où les partenaires concernés puissent se concerter, notamment en ce qui concerne les activités hospitalières (financement, nouveaux concepts, etc.). Cette plateforme devrait offrir un forum pour créer des synergies dans la politique et inclure au moins les partenaires suivants : les organismes assureurs, les médecins, les organisations hospitalières, l'INAMI ainsi que le SPF Santé publique.

Le CFEH rappelle qu'outre la nécessaire concertation au niveau fédéral, une coordination avec les entités fédérées (via la Conférence Interministérielle Santé Publique) est indispensable ; au sein de celle-ci, il importe que possibilité soit donnée pour des accords bilatéraux (cf. soins de santé mentale, soins de santé primaires, etc.).

4.4 Sous-financement

La situation financière des hôpitaux belges se dégrade d'année en année. L'étude MAHA, qui analyse la situation financière des hôpitaux, met en évidence une fragilité financière croissante du secteur. La dernière année étudiée par Belfius, à savoir 2022, est catastrophique du point de vue des résultats : le résultat courant valable pour l'ensemble des hôpitaux du pays se détériore de 328 millions d'euros (par rapport à 2021) pour atteindre -1% du chiffre d'affaires. En 2022, 70 % des hôpitaux se retrouvent dans une situation financière délicate.

Avant toute nouvelle initiative, il est indispensable de repartir sur des bases financières saines ; le CFEH demande d'assurer le financement intégral des mesures passées dont la mise en œuvre a créé un sous-financement structurel objectivé, tout en garantissant en outre que ce financement couvre l'évolution des activités et du personnel à l'avenir. Il est indispensable d'estimer au mieux le coût d'une mesure que l'on veut implémenter et d'assurer le financement en conséquence .

Il en est de même pour une série de normes supplémentaires qui ont été introduites ces dernières années ou qui sont imminentes, mais pour lesquelles aucun financement n'a été obtenu pour l'instant (exemples : AFCN, PIC/S, RGPD, Directive NIS2, DPI, etc.).

La crise énergétique de 2022 et les surcoûts qui en découlent pour nos hôpitaux, avec des prix qui restent plus élevés aujourd'hui que dans le passé, pèsent énormément sur les finances du monde hospitalier.

4.5 Projets pilotes

Le CFEH rappelle la nécessité de procéder à une structuralisation des différents projets pilotes lancés au fil des années (en effet, ceux-ci mettent les gens qui s’y engagent dans une certaine insécurité, ainsi le retard des conventions, la complexité administrative...).

Dans le cadre de cette nécessaire structuralisation, il faut veiller à ce que le futur financement structurel soit suffisant étant donné la non prise en compte de toutes les indexations du passé, coûtant finalement beaucoup à ceux qui les portent.

4.6 Accessibilité

La concrétisation de la réforme financement hospitalier et du paysage hospitalier ainsi que la réforme de la nomenclature n’a d’autre but que d’améliorer l’accessibilité aux soins (financière, géographique, délais d’attentes etc.) ainsi que la qualité des soins ; la formation et l’implémentation des réseaux doivent permettre de répartir les missions hospitalières en adéquation avec les besoins populationnelles.

S’agissant des patients plus fragiles, le traitement de ces deniers doit également être garanti.

Le CFEH rappelle que chaque hôpital a un rôle social et que le financement doit être adapté en conséquence et devrait aller à ceux qui traitent plus de patients socialement vulnérables que la moyenne. Lors de la modification de ce financement pour les hôpitaux généraux, ce rôle social devrait également être reconnu pour les hôpitaux psychiatriques.

4.7 Dossiers spécifiques

Le CFEH demande qu’une attention particulière soit portée sur les points ci-dessous pour lesquels un besoin de financement a été clairement identifié.

4.7.1 Cybersecurity & IT

La directive européenne NIS2, visant à renforcer la cybersécurité dans l’Union européenne, est entrée en vigueur en janvier 2023 et doit être transposée en législation nationale d’ici octobre 2024. Elle concerne toutes les institutions de soins employant plus de 50 personnes et impose diverses obligations telles que la gestion des incidents, la formation à la cybersécurité et la sécurité de la chaîne d’approvisionnement. Les coûts estimés pour la mise en œuvre des normes NIS-2 sont de 130 millions € structurels. Le CFEH souligne également le besoin d’une meilleure couverture des coûts informatiques, notamment en matière de cybersécurité et de DPI (Dossier Patient Informatisé), qui restent largement sous-financés. Le CFEH renvoie à ses avis antérieurs concernant les besoins prioritaires et les budgets alloués dans ce domaine.

4.7.2 Directive CSRD et rapport de durabilité

La directive européenne CSRD, entrée en vigueur début 2024, introduit l’obligation pour les grandes entreprises à publier un rapport annuel sur leur durabilité portant sur des critères environnementaux, sociaux et de gouvernance. Le secteur hospitalier sera impacté par cette directive, qui doit encore être transposée en droit belge. Les établissements concernés devront identifier, collecter et publier un volume important de données sur les risques que leurs activités font peser sur leur environnement mais aussi sur les risques auxquels ils sont exposés (par exemple via leurs fournisseurs).

La mise en conformité avec cette nouvelle directive va exiger des hôpitaux concernés la mobilisation de nouvelles ressources et compétences, ce qui va impliquer un coût non-négligeable pour ces hôpitaux.

4.7.3 Fonctions spécifiques hôpital universitaire B7A & ONSS

Le B7A est un fonds destiné aux hôpitaux académiques pour couvrir divers coûts, notamment le personnel infirmier supplémentaire, la recherche, le développement technologique et la formation du personnel. Depuis son introduction en 2002, ce fonds n'a pas été révisé en profondeur, et le financement de la formation n'est plus inclus dans le budget. Le CFEH estime qu'une révision de cette partie du financement est nécessaire. En ce qui concerne les charges ONSS, les médecins spécialistes travaillant dans les hôpitaux académiques sont principalement salariés, ce qui entraîne des cotisations de sécurité sociale plus élevées que pour les médecins exerçant en hôpitaux généraux en tant qu'indépendants. Le CFEH demande une prise en compte de cette problématique dans la redéfinition du modèle de financement des hôpitaux académiques, compte tenu de leurs missions spécifiques en matière de formation, de recherche et d'innovation.

4.7.4 Pensions statutaires

Les obligations de pension pour les membres statutaires des administrations publiques mettent leur stabilité financière en danger, avec un besoin estimé pour 2024 de plus de 203 millions €, une charge en constante augmentation. Le CFEH préconise d'arrêter cette croissance exponentielle des charges et de garantir la couverture des cotisations de pension imposées par la loi. L'incapacité des hôpitaux à faire face à ces obligations à court terme met en péril leur fonctionnement et leur capacité à investir, avec des conséquences sur leur solvabilité et leur accès aux crédits bancaires. Une solution à court terme impliquant un budget structurel est nécessaire pour éviter la faillite de certaines administrations publiques, dont notamment les hôpitaux publics, tandis qu'une réforme du système des pensions statutaires est nécessaire pour résoudre durablement ce problème.

4.7.5 Montants de rattrapage

La liquidation des révisions budgétaires prend du retard, la dernière étant de 2015, ce qui impacte la trésorerie des hôpitaux. Ces révisions représentent un montant considérable et leur préfinancement coûte cher aux hôpitaux, d'autant plus que les taux d'intérêt augmentent. Le CFEH recommande une injection ponctuelle de trésorerie pour soulager les hôpitaux et éviter des frais bancaires croissants, soulignant que leur fonctionnement en dépend. De plus, il demande un relèvement du taux d'intérêt financé en sous-partie A2 en raison de la forte hausse des taux d'intérêt à court terme.

4.7.6 Révision de la nomenclature

Outre la réforme du financement hospitalier, il y a lieu, durant la période de transition, de concrétiser en priorité les réformes de la nomenclature, dans le but d'améliorer l'accessibilité aux soins (financière, géographique, délais d'attentes etc.) ainsi que la qualité des soins.

À court terme, il est essentiel d'avoir une vue d'ensemble des suppléments facturés par les médecins et destinés à l'hôpital. Cela est nécessaire pour entreprendre la réforme indispensable de la nomenclature et du financement des hôpitaux.
