

**MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE
L'ENVIRONNEMENT**

Bruxelles, le 6 juillet 2000

Administration des Soins de Santé

Direction de la Politique des Soins de Santé

Conseil national des établissements hospitaliers

Nos réf.: C.N.E.H./D/177-1

**RAPPORT INTERMÉDIAIRE RELATIF AUX BESOINS PRIORITAIRES
EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ ^(*)**

^(*) Note rédigée par le secrétariat du C.N.E.H. sur la base de la situation actuelle des discussions du groupe de travail «Besoins prioritaires».

Le groupe de travail «Besoins prioritaires» du Conseil national des établissements hospitaliers, qui a pris connaissance de la lettre des Ministres des Affaires sociales et de la Santé publique du 16 mars 2000, estime qu'une politique hospitalière doit s'accomplir en plusieurs phases et suivant certaines priorités:

1ère phase: priorités budgétaires en cas de législation et politique hospitalières inchangées

Dans cette première phase d'analyse, il s'agit de se pencher sur le fossé grandissant entre d'une part, les lois et règlements qui régissent l'activité hospitalière en Belgique, et d'autre part, les moyens financiers octroyés aux hôpitaux. Pour cette première approche, le groupe de travail part d'une politique et d'une législation inchangées. Ces priorités budgétaires sont résumées dans le document de l'annexe 1. L'application de ce document vise à la neutralisation du sous-financement structurel des hôpitaux.

En outre, tout au long de l'an 2000, le ministre compétent a reçu des avis de politique relatifs à de nouvelles initiatives, telle l'intégration du financement de l'hôpital de jour dans le prix de la journée d'hospitalisation.

Le groupe de travail considère la réalisation des deux principes susmentionnés comme prioritaire parce qu'il l'envisage comme un prérequis à l'introduction de nouvelles formes d'organisation dans les soins de santé.

2ème phase: priorités quant à la réalisation d'une nouvelle politique des soins de santé en Belgique

Dans une deuxième phase, le groupe de travail propose de réfléchir en termes de stratégie au rôle futur des hôpitaux dans le système de santé belge. Cette réflexion a pour point de départ les besoins réels en matière de soins, à partir desquels on repense la place de l'hôpital dans un réseau comprenant le premier échelon, les structures d'accueil, de soins à domicile et de réadaptation fonctionnelle. Cela implique une reconversion des soins axés sur l'offre en une organisation axée sur les besoins et la demande. Une réglementation repensée et flexible est requise pour permettre de nouvelles associations (entre autres dispositions d'exécution pour les soins transhospitaliers) et une forme de financement qui, à la fois, favorise une organisation efficace des soins et est au moins neutre par rapport à la forme choisie pour l'examen et le traitement.

Le groupe de travail estime nécessaire d'éliminer tous les effets indésirables de la réglementation existante pour que tant la politique que la pratique quotidienne ne soient plus axées sur l'offre en infrastructure, mais sur les besoins réels en matière de soins. Dans ce sens, l'élaboration de méthodologies appropriées pour évaluer et prévoir les besoins réels en matière de soins est un prérequis permettant, par la suite, de couvrir en priorité les besoins constatés.

Pour définir les besoins en matière de soins, il convient également d'examiner dans quelle mesure on peut s'attendre à des efforts et à des résultats issus de secteurs externes aux soins de santé. Sans une approche causale des problèmes de nature plutôt sociale, ces problèmes pèseraient trop lourd sur les besoins en matière de soins. Des études scientifiques démontrent que beaucoup d'affections sont à attribuer à la situation socio-économique des patients par exemple. Cela entraîne, surtout dans le cas des soins de santé mentale et d'affections psychosomatiques, un glissement vers des soins de santé qui ne peuvent dans ce cas qu'offrir un traitement des symptômes et qui sont dépourvus de moyens leur permettant d'offrir les soins nécessaires. Le groupe de travail estime que, par une approche active, on peut libérer des moyens pour les soins de santé afin de répondre à la croissance future des besoins réels en matière de soins de santé.

L'objectif final de cette vision intégrée de l'organisation des soins de santé est de pouvoir rectifier l'efficacité et la pertinence des soins hospitaliers de telle sorte que l'on continue à garantir un même accès aux soins de santé élémentaires par rapport à de nouveaux besoins (soins plus longs pour les personnes âgées, nouvelles maladies, nouvelles possibilités thérapeutiques et diagnostiques, etc.). Le groupe de travail estime que la réglementation existante produit trop d'effets pervers et contraires sur le plan de la programmation, de l'agrément et du financement. Ainsi, la combinaison de différents programmes de soins comme condition d'agrément réciproque entraîne souvent une inflation du nombre de demandes d'agrément et de l'agrément de certains services sans que cela réponde à un besoin réel. L'absence de financement adéquat pour chaque type et chaque niveau de soins proprement dit entraîne une recherche inutile de fonctions «rentables» et d'«activités» pour pouvoir ainsi, dans le meilleur des cas, répondre indirectement aux besoins réels.

Le groupe de travail estime dès lors qu'il existe un réel danger qu'en raison d'une offre désorganisée, les dépenses continuent non seulement à augmenter de manière injustifiée, mais que cela se fasse en outre au détriment de la viabilité des établissements et en compromettant l'égalité d'accès à tous les soins élémentaires.

L'efficacité des soins administrés est donc la priorité pour continuer à garantir l'égalité d'accès et éviter un système de soins de santé à deux vitesses.

L'efficacité et l'égalité d'accès sont favorisées par un fonctionnement hospitalier intégré, lequel suppose une collaboration constructive entre médecins et gestionnaires d'hôpitaux. Il y a lieu de développer les techniques nécessaires à la stimulation de cette collaboration constructive, y compris la neutralité financière vis-à-vis des différentes formes de traitement. Les indispensables autonomie et liberté de décision tant du gestionnaire que du prestataire de soins seront ainsi garanties. Pour ce qui est de la technicité du financement, elle doit gagner en transparence, tant sur les principes adoptés que sur leur application concrète.

Pour ce qui est de la mise en pratique, le groupe de travail propose concrètement deux voies.

D'une part, l'élaboration de la fonction «hôpital de base» qui s'accompagne d'un financement de base équilibré permettant une exploitation correcte de cette fonction.

D'autre part, l'élaboration de programmes de soins intégrés garantissant un continuum d'une prise en charge et de soins transhospitaliers. Ces programmes de soins sont axés sur des groupes homogènes de patients, et leur financement suppose un financement minimum par groupe homogène de patients avec, en outre, un financement spécifique axé sur les activités, qui tient compte de l'hétérogénéité au sein des groupes homogènes de patients. Chaque sous-partie de l'avis définitif abordera la situation des soins de santé mentale pour autant qu'elle diffère des soins somatiques. Ainsi, contrairement aux soins somatiques, on se basera sur l'avis du C.N.E.H. du 12/06/97 relatif à l'organisation et au développement futurs des soins de santé mentale, afin d'élaborer les programmes de soins et leur financement.

Les moyens et conditions qu'il convient d'utiliser à cet effet et de développer en priorité sont les suivants:

une évaluation continue des besoins par une cellule permanente de préparation de la politique au sein du Ministère de la Santé publique. Cette cellule peut aussi bien utiliser ses propres données (R.C.M., R.I.M., R.P.M., R.F.M., ...), que des données provenant de tiers (mutualités, universités, ...) éventuellement chargés d'une étude spécifique. Il faut cependant veiller à la fiabilité des données (cf. R.C.M.) et évoluer vers une plus grande transparence des données. Il est dès lors nécessaire de renforcer l'administration concernée;

la transparence du système de financement et de son application;

la flexibilité organisationnelle des hôpitaux (à atteindre par le biais de l'élaboration de concepts de soins intégrés reprenant tous les niveaux, toutes les formes et la constitution de réseaux);

le développement de la collecte des données et de systèmes informatiques, qui doit permettre de prendre des décisions à tous les niveaux sur la base de données valables. Pour ce faire, il convient d'abord de réaliser des investissements dans les technologies de l'information et de créer un réseau virtuel relatif aux soins de santé. Le groupe de travail insiste sur le fait qu'il y a lieu de procurer à chaque hôpital et à son réseau respectif, un système d'information fiable et standardisé;

pour que l'organisation des soins soit de bonne qualité, il convient de disposer d'une offre suffisante en personnel qualifié et ce, pour tous les groupes professionnels. Actuellement, ce n'est plus le cas pour le groupe professionnel des infirmiers et des mesures s'imposent pour enrayer la pénurie et éliminer ses causes structurelles. Outre des équipements matériels, des conditions de travail créatives et stimulantes doivent également contribuer à rendre la profession plus attirante, ce qui nécessite l'agrément et la récompense d'un fonctionnement plus efficace prévoyant une évaluation transparente de la qualité, de l'activité et du résultat.

Troisième phase:

Dans la mesure où les conditions et circonstances élémentaires sont réunies, on peut réfléchir en fonction des besoins prioritaires.

Dans les conditions de travail actuelles, il est impossible de garantir que l'octroi de moyens serve effectivement l'objectif visé.

Afin d'inscrire la politique hospitalière dans une stratégie de développement axée sur les soins, nous devons en permanence avoir une connaissance:

- des circonstances épidémiologiques changeantes;
- des développements technologiques attendus;
- du suivi permanent de l'approche «la plus adéquate» par rapport aux pathologies (*evidence based guidelines*) et de la valeur de la nouvelle technologie;
- etc.

Considérant que les circonstances sont remplies pour aborder le développement et l'évolution de domaines et d'aspects ponctuels des soins de santé en fonction des besoins, le groupe de travail est d'avis que le choix doit avoir un caractère dynamique et être actualisé de façon permanente.

Dans un premier exercice, le groupe de travail souhaite définir les éléments déterminants en la matière, comme les données épidémiologiques, l'approche de l'activité réelle des différents équipements de soins, les besoins sociaux liés à la santé. Le groupe de travail propose d'élaborer une méthode pour offrir de manière systématique les données et le soutien logistique nécessaires à cet effet.

Tout en fixant des priorités de la politique en matière de santé, on pourra alors, par programme de soins et pour l'ensemble de la fonction hospitalière, proposer les initiatives nécessaires:

conditions d'agrément, répartition géographique et cohérence dans le cadre d'une offre de soins intégrée;
directives et promotion de la qualité au niveau exécutif;
création et surveillance des conditions financières neutres par rapport aux choix diagnostics et thérapeutiques (prix de la journée d'hospitalisation, honoraires);
instruments de feed-back.