



## ÉCONOMISER ASTUCIEUSEMENT DANS LES SOINS: 1800 IDÉES ISSUES DE LA PRATIQUE

2013/02

14 | 03 | 2013



COMMUNAUTE



PROSPERITE



PROTECTION

### Introduction et but de l'étude

Les négociations budgétaires lors desquelles nous devons compenser un milliard d'euros en plus ou en moins sur le budget public total commencent à devenir si fréquentes que nous y prêtons moins attention. On arrivera bien à cracher ce montant, par des économies ou des revenus supplémentaires. Le problème est toutefois que les réserves faciles à identifier sont presque épuisées et que lors des prochaines négociations, les coupes pourraient se faire de plus en plus profondes. Le secteur des soins de santé en est un bon exemple.

Lors des dernières négociations, plus de 100 millions d'euros ont été économisés sur les soins de santé, en plus des centaines de millions soustraits au cours des années écoulées. Les hôpitaux tirent la sonnette d'alarme, soulignant que cela pourrait aboutir à un dégraissage progressif et des risques éventuels pour la qualité. Le constat est identique pour les médecins, les soins aux personnes âgées, l'industrie des soins, etc.

En effet, il n'est pas évident d'économiser sur les soins de santé, sachant qu'en termes financiers, le besoin de soins augmentera de minimum 4 % du PNB, soit 20,6 milliards d'euros, dans la prochaine décennie, en raison du vieillissement de la population, et que cette augmentation des besoins a déjà débuté aujourd'hui. Et nous ne parlons même pas de la hausse normale due à l'index, aux innovations en matière de soins, au ratio de productivité, etc. Aujourd'hui, « seulement » 7 à 8 % du PNB sont consacrés aux dépenses publiques de soins de santé, soit un montant de près de 29 milliards d'euros. En recalculant simplement la hausse nécessaire sur une période allant jusque 2050 et en nous basant un peu artificiellement sur une répartition linéaire au cours des années, nous arrivons à une hausse de 0,54 milliard d'euros par an pour les dépenses supplémentaires requises en matière de soins de santé. Ce montant n'est toutefois pas un modèle de précision car toutes les prévisions effectuées au cours des années écoulées ont à chaque fois été revues à la hausse. De même, le vieillissement n'augmente pas de manière linéaire. Une estimation grossière d'un demi-milliard d'euros par an que nous devrions en fait ajouter au budget des soins de santé nous fait tout de même réfléchir.

PIETER VAN HERCK  
Senior Fellow

Cela contraste violemment avec les centaines de millions supprimés. Il s'agit ici de la santé et du bien-être des générations plus jeunes et plus âgées durant les prochaines dizaines d'années, pour lesquels on réduit les moyens plutôt que d'investir.

Cela signifie-t-il qu'il ne faut pas toucher au secteur des soins et uniquement investir ? Ce serait idéal, mais malheureusement pas réaliste. Nous ne trouvons pas assez de moyens dans les dépenses publiques en dehors des soins de santé pour pouvoir supporter de tels investissements. Surtout pas si nous devons en même temps assainir les finances pour, comme le souhaite l'UE, mener une politique sans déficits budgétaires à partir de 2015. Faire payer davantage de soins directement par le patient est également risqué.

Les pouvoirs publics se retrouvent donc dans une situation sans issue, qui se traduit d'une part en des notes de politique visionnaires et le respect des accords sociaux, alors que d'autre part, il faudra continuer à se serrer de plus en plus la ceinture à chaque négociation budgétaire. Il n'est pas évident d'économiser tout en investissant simultanément dans les soins de santé. La seule manière d'y parvenir est de déplacer les moyens au sein du secteur des soins de santé ; des moyens qui sont profondément ancrés dans les salaires, les effectifs, la technologie, les bâtiments, les budgets consacrés à l'innovation, etc. Le secteur des soins est habitué à attribuer des moyens supplémentaires, dans des négociations qui ressemblent parfois à un marché aux tapis. Et maintenant, on leur demande de prendre un peu chez eux pour donner ailleurs, sans recevoir quoi que ce soit en échange. Dans un tel cas, un marchand de tapis rassemblerait toutes ses affaires et s'en irait.

L'itinera Institute a par conséquent interrogé le secteur des soins de santé pour identifier des possibilités astucieuses en matière d'économie et d'efficacité, sans toucher, selon le secteur, à la qualité, voire même en l'améliorant. 407 participants (316 NL/91 FR) ont fourni 1 800 idées. 100 participants étaient des acteurs clés dans le secteur et ont donc été invités nommément. Les quelque 300 autres étaient des prestataires de soins, des directions, etc. représentant par échantillonnage la pratique quotidienne. La palette de participants n'est pas parfaitement représentative de l'ensemble du secteur, avec 37 % de participants issus du milieu hospitalier, 29 % d'un cabinet médical, 21 % des soins aux personnes âgées et 23 % d'autres (pouvoirs publics, associations de patients, mutuelles/assureurs, industrie, etc.). Cette étude a pour unique but de faire jaillir les idées du secteur, sans y adjoindre de chiffres concernant ce que tel acteur trouve prioritaire et ainsi aboutir à nouveau à un modèle de conflit interne. Cette étude traite uniquement du contenu et de l'ordre de grandeur des thèmes dans lesquels on peut gagner en efficacité. Un point fort est qu'avec 37,5 % de directeurs d'organisations de soins et 47 % de médecins, nous avons ici les personnes qui ont le plus d'influence sur la manière dont sont concrètement affectés les moyens dans la pratique. 88 % des participants possèdent plus de 10 ans d'expérience dans le secteur des soins de santé. Les 1 800 idées ont été traitées par le biais d'une analyse thématique.

## Résultats

Globalement, nous pouvons distinguer les 16 thèmes suivants :

- Adéquation des soins
- Administration et IT
- Efficacité de la politique et homogénéité des compétences
- Mécanismes de paiement et financement des soins
- Coordination et collaboration
- Fraude
- Égalité des soins (accessibilité)
- Qualité des soins
- Personnel
- Prévention
- Rôle du patient
- Rôle des mutuelles
- Technologie, innovation et rapport coût-efficacité
- Modèle de soins et gestion du système
- Glissement des soins
- Autres

Pour chacun de ces thèmes, nous indiquons intégralement les idées dans un supplément en ligne (voir [www.itinerainstitute.org](http://www.itinerainstitute.org)). Le commentaire d'Itinera, qui constitue le cœur de ce rapport, est à chaque fois illustré par 10 citations marquantes.

## Adéquation des soins

### Citations

Définir en haut lieu par groupe de travail les prises en charge « <b>evidenced based</b> » pour des pathologies ou traitements fréquents et les imposer
La promotion de soins plus standardisés (directives, mais également uniformisation du matériel et des médicaments, itinéraires cliniques dans les hôpitaux et trajets de soins convenus à travers les échelons) est indispensable. La standardisation doit non seulement porter sur le contenu des soins, mais surtout sur la manière dont le patient et ses différents prestataires de soins arrivent à un accord.
Frottis cervicovaginal : 1x tous les 3 ans chez les plus de 30 ans et HPV et PAP négatifs ou 3x PAP négatif ; 1x tous les 2 ans chez les 21-30 ans (diminution du nombre de résultats douteux qui incitent à un frottis de suivi)
Aucun remboursement des mesures et examens préventifs utilisés abusivement (mammographies diagnostiques et écho pour prévention, PAP trop fréquents, statines uniquement en cas de SCORE de risque accru, etc.)
Instauration d'une fréquence maximale de biologie clinique en soins ambulatoires pour divers tests sur la base de l'EBM (par exemple lipides, hbA1C, TSH screening, vit B12, électrophorèse, micro-albumine)
Biologie clinique : suppression de 1,25-di-OH-vit D..., sédimentation, DHEA-S, orosomucoïde... Même la suppression ciblée de la biologie clinique dans l'article 3 peut rapidement permettre d'économiser 250 000 euros par an
Imposition de directives pour l'imagerie, il y a de nombreux examens inutiles (50 % ou plus), maux de dos, etc.
Freiner la polypharmacie, certains habitants prennent plus de 9 sortes de médicaments ?
Recommandations du rapport du KCE pour l'utilisation de cinq tests ophtalmologiques dans la pratique clinique ; <b>utilisation excessive du comptage de cellules endothéliales : supprimer des prestations</b> , indication douteuse.
Obligation légale de motiver une prescription d'antibiotiques (réserve AB). Cela représenterait un soutien sérieux pour le GPABT et cela obligerait le médecin à y réfléchir.

### Commentaire d'itinera

129 idées sur 1 800 concernent l'adéquation des soins, ce qui est un nombre important. Ce n'est pas étonnant, car il s'agit ici du cœur des soins médicaux. Ce thème est dès lors souvent mentionné par les médecins. « Adéquation » est un terme quelque peu étrange qui a été récemment adopté comme traduction de « appropriateness of care », ou « evidence based care ». Le concept représente la mesure dans laquelle les soins sont scientifiquement justifiés ou non en fonction des indications ou symptômes constatés chez les patients. Les écarts injustifiés à ce propos se manifestent par un surtraitement (ou surdiagnostic) et un sous-traitement (ou sous-diagnostic). Très récemment, le KCE a encore souligné que le taux d'adéquation des soins était décevant pour différents paramètres de qualité en Belgique.

Cela concerne le nombre de césariennes, hystérectomies (ablation de l'utérus), le suivi du diabète, etc. D'autres exemples concrets sont mentionnés dans les idées en vue d'un gain d'efficacité.

C'est très récemment que nous avons commencé à prêter attention au sous-traitement, en plus du sur-traitement. Comment se fait-il que nous arrivions à de telles constatations dans la pratique chez les généralistes et les spécialistes ? Ils ont en effet tous suivi une formation clinique de renommée mondiale. La réponse réside en grande partie dans le fait que la connaissance scientifique médicale est en perpétuelle évolution. Il existe des millions d'articles scientifiques sur les soins de santé. Il y en a des centaines de milliers de nouveaux chaque année. Ces articles font l'objet de résumés et de directives qui dressent la carte des meilleures pratiques par affection. Les initiatives telles que le CEBAM, les revues telles que Minerva, etc. sont toutes destinées à permettre aux médecins de se tenir à jour. Cependant, l'expérience pratique et de nombreuses études nous apprennent que l'on ne peut pas s'attendre à ce que tous les médecins soient une encyclopédie ambulante. Il convient donc de les soutenir pleinement à ce niveau et d'ancrer directement la connaissance dans la pratique par d'autres manières. L'un des éléments consiste à fournir des données de qualité, afin qu'un médecin connaisse les points forts et les points faibles de sa pratique.

Un autre élément très réel consiste à prévoir des systèmes « decision support » intégrés dans un dossier électronique (voir thème). Ces systèmes sont la traduction électronique de toute la connaissance scientifique existante et peuvent examiner les symptômes et les indications afin de formuler des suggestions de thérapie optimale. En fait, au vu du gain démontré en matière de santé, chaque médecin devrait travailler avec un système decision support. Il va sans dire que la connaissance scientifique doit toujours être appliquée au patient individuel, ce qui demande parfois des adaptations. Les médecins peuvent et doivent donc parfois s'écarter des directives. On devrait toutefois avoir l'occasion de tirer les leçons de ces écarts justifiés pour tous les patients en Belgique (et même en dehors). Dans la pratique actuelle, cela reste souvent limité à un « peer review » local. Les initiatives provenant de l'étranger telles que « Choosing wisely » peuvent nous inspirer : des associations médicales ont pris ensemble l'initiative de définir une liste de 90 tests et procédures qu'elles remettent elles-mêmes en question avec l'apport des nuances nécessaires. En tant que campagne vers le terrain, cela peut compter.

Enfin, nous devons souligner qu'en dépit de sa progression, la connaissance scientifique reste toujours imparfaite. Il existe des lacunes pour lesquelles aucune directive n'est disponible. Un diagnostic entraîne souvent des hésitations. La combinaison de plusieurs directives chez un même patient n'est pas évidente. Une intégration et une utilisation obligatoires de l'aide à la décision en IT pourraient par conséquent être bienvenues, mais la médecine reste un ensemble de connaissances et de compétences, ainsi qu'un art. Sachant que les chiffres internationaux récoltés à travers divers pays engendrent toujours un total de 60 à 70 % de soins bien adaptés, il est clair que les 30 % restants constituent un énorme potentiel d'amélioration de la qualité et de l'efficacité.

## Administration et IT

### Citations

#### Administration

Alléger la charge administrative pour les médecins et les infirmiers afin qu'ils puissent se concentrer uniquement sur les soins
La simplification administrative, avec probablement comme élément essentiel la révision de la nomenclature, est un autre point sur lequel nous pouvons travailler. En même temps, le soutien du travail administratif des prestataires de soins et des institutions peut rendre la simplification nécessaire plus acceptable.
Des données valables pour chacun, fournies par les pouvoirs publics, au lieu d'obliger chacun à investir dans les données et de devoir payer du personnel pour compléter des fichiers de médicaments/implants (prix, codes INAMI, codes de notification... codes d'identification), pourraient être mises à disposition par voie électronique. Ce serait bien meilleur marché pour la société et cela diminuerait le nombre d'erreurs dans la tarification. Le fait de ne pas toujours inventer de nouvelles règles ou exceptions y contribuerait également.
Transfert carte SIS vers eID, économie de 0,8 million d'euros
Rendre le DMG obligatoire, opting in/out superflu, économie de 45 millions d'euros

#### IT

Des données valables pour chacun, fournies par les pouvoirs publics, au lieu d'obliger chacun à investir dans les données et de devoir payer du personnel pour compléter des fichiers de médicaments/implants (prix, codes INAMI, codes de notification... codes d'identification), pourraient être mises à disposition par voie électronique. Ce serait bien meilleur marché pour la société et cela diminuerait le nombre d'erreurs dans la tarification. Le fait de ne pas toujours inventer de nouvelles règles ou exceptions y contribuerait également.
Un DME (dossier médical électronique) performant, avec un logiciel moderne, géré « in the cloud » par le généraliste, qui doit également montrer via eHealth des données enregistrées sur d'autres serveurs (vaccinet, labo, imagerie...). Les données du généraliste servent au contrôle de qualité individuel, aux soins communautaires (aide à la décision) et à la coordination de soins proactifs.
Un DMC (dossier médical centralisé) universel avec des liens entre les différentes structures de soins, première ligne, MRPA/MRS

Instauration d'un dossier électronique « partagé » entre les prestataires de soins, les patients, les médecins du travail, les médecins-conseils, etc. Chaque acteur peut y insérer ou consulter les informations convenues pour les domaines dans lesquels il en a besoin/est compétent. Tout le monde parle le même langage parce que l'on utilise la même terminologie de serveur. Chaque médecin reçoit également automatiquement un lien avec les dernières directives evidence based. Tout cela permet d'éviter les doubles examens, la double administration, de réduire les erreurs médicales et les traitements qui sont dépassés.

Obligation de faire signer e-health à chaque patient afin que tous les médecins puissent accéder à tous les examens déjà effectués dans toute la Belgique via la carte d'identité. Plus d'exams en double.

### Commentaire d'Itinera :

Avec 191 idées sur 1 800 concernant les améliorations possibles de l'efficacité des soins, tout en conservant la qualité, le thème « Administration et IT » occupe assez curieusement la 4e place, derrière le financement, le personnel et le modèle de soins. Le secteur conseille de réduire la charge administrative, qui est actuellement incroyablement complexe, dépassée et lente. L'administration couvre les procédures de documentation, facturation, enregistrement des données, suivi de la qualité, etc. Sont par exemple visés les formulaires que l'on doit à chaque fois compléter pour le patient, sans qu'il y ait le moindre changement au niveau du contenu. De nombreuses données sont enregistrées en double par le biais de différents canaux et ne sont pas toujours utilisées dans des applications judicieuses. En outre, beaucoup de choses se font encore sur papier, ce qui engendre des investissements en temps et des coûts supplémentaires pour toutes les personnes concernées, y compris le patient. Les exigences réglementaires et administratives ne sont pas intégrées à travers les différents acteurs et organisations de soins de santé. Il peut même y avoir des différences au niveau local, comme pour la législation en matière d'incendie. Actuellement, cela mobilise énormément de personnel, avec parfois des couches supplémentaires dans le cadre intermédiaire d'un hôpital, par exemple. Ce cadre intermédiaire effectue d'une part un travail très judicieux, mais est souvent remis en question, d'autre part, en raison de toute la pagaille administrative. Les infirmiers consacrent 20 % de leur temps à des tâches étrangères aux soins, dont une grande part de tâches administratives. Les généralistes, qui ont un emploi du temps incroyablement chargé, doivent consacrer des heures à la paperasse. Cela représente une grosse perte de temps et d'argent. La réglementation morcelée, par exemple la nomenclature des médecins, en est en partie responsable. Cela signifie que pour simplifier l'administration, il convient d'organiser également des discussions plus fondamentales sur le système de soins. Autrement, la simplification éventuelle reste très superficielle.

Le fait est toutefois que règles et administration ont souvent un but concret, et qu'il ne suffit pas de dire simplement « moins d'administration » ou « moins de pouvoirs publics ». Nous devons réussir à relever ce défi, sans toucher aux autres objectifs prioritaires (par exemple, un dossier patient en tant qu'instrument de travail essentiel, des données de qualité, etc.). Les solutions comprennent notamment (1) l'engagement de personnel non soignant qui s'occupe exclusivement des tâches administratives. L'aspect de glissement des tâches est en effet absolument indispensable pour conserver à terme un système de soins sain. Sur ce plan, les pouvoirs publics font des efforts limités axés sur un plus grand support logistique. Il va sans dire que ce n'est pas évident dans le contexte budgétaire actuel, bien qu'à long terme, des

économies seront réalisées sur le personnel plus onéreux (ou il y aura une réallocation à ce niveau), (2) l'uniformisation, IT et la centralisation. Il y a toujours des prestataires de soins qui n'utilisent pas le dossier électronique, ou un dossier qui ne rime à rien.

D'un point de vue historique, les prestataires de soins travaillent d'une manière très individualiste et souhaitent dès lors que leur dossier soit parfaitement adapté à leurs préférences. Cela a entraîné un énorme morcellement et très souvent la réinvention de la roue dans de nombreuses organisations de soins distinctes. Avec un tel morcellement, les entreprises IT internationales à la pointe de la technologie n'ont guère envie de se consacrer à un petit pays complexe comme la Belgique. Traditionnellement, les pouvoirs publics ne pouvaient pas se mêler de ce domaine de liberté thérapeutique et de vie privée. Les mutuelles ont également négligé de s'informatiser totalement (par exemple, les célèbres vignettes jaunes). Actuellement, beaucoup de voix s'élèvent toutefois dans le secteur en faveur d'un système IT plus intégré et uniforme, même avec une obligation nationale (ou régionale). Les pouvoirs publics préparent également cette voie d'une manière très positive avec e-health, my carenet, vitalink, etc.

Les conditions de base pour franchir le pas vers un système modernisé, adapté au thème « modèle de soins de l'avenir » sont déjà remplies. Administration et IT doivent en effet progresser parallèlement à la manière dont les soins sont fournis. Échange d'informations, correction constructive du mode de vie des patients, implication des patients dans le choix, etc. La révolution IT ouvre dans ce domaine de nouvelles possibilités ambitieuses, axées sur l'efficacité/les économies, la coordination et la qualité des soins. Les best practices étrangères (par ex. Kaizer Permanente aux États-Unis) démontrent que l'on peut économiser jusqu'à 25 % sur les frais de soins avec une optimisation IT, tout en obtenant un gain de qualité (baisse du nombre d'hospitalisations, baisse des crises cardiaques, etc.). En effet, un meilleur échange d'informations parfaitement adaptées profite également à la sécurité des patients, à condition d'assurer une bonne implémentation en toute sécurité.

Les participants à l'étude Itinera insistent vivement sur le fait qu'un bon échange électronique (et peut-être obligatoire) rendrait superflue la répétition inutile d'exams coûteux. L'IT peut donc encore être adapté davantage aux objectifs des soins. Les expériences tirées de la NHS au Royaume-Uni nous apprennent que cela s'applique également à un pays entier, avec des avantages supplémentaires comme l'extraction automatique de données et la génération de feed-back sur la qualité. Le secteur belge des soins de santé y aspire. Les possibilités sont disponibles. Des données en temps réel sur l'ensemble de la population belge, avec un lien entre toutes les sources, offrent de vastes possibilités en matière d'orientation politique, de recherche scientifique, d'innovation, etc. Le patient peut, s'il le souhaite, prendre en main les informations relatives à sa santé et ses soins, par analogie avec la gestion des données financières par home banking. La Belgique et ses régions doivent avoir l'ambition de jouer un rôle de pionnier et d'acteur de premier plan en tant que pays. Les pouvoirs publics ont déjà injecté beaucoup de moyens dans l'IT en matière de soins par le passé. À l'avenir, ces moyens peuvent être « marqués » afin de n'être utilisés que pour IT. Pour la prime télématique, qui est actuellement suspendue sur le plan budgétaire, nous voulons évoluer vers une condition « meaningful use » pour les incitants financiers, selon l'exemple provenant de l'étranger.

Des notes de politique ont été écrites afin de booster l'IT en matière de soins, et pourraient aller beaucoup plus loin que l'efficacité. Nous espérons que le gel des moyens et la mise en suspens des nouvelles

initiatives ne déboucheront pas sur des paroles en l’air sans réalisation. Supposons qu’à plus long terme, nous puissions « seulement » économiser 10 % au cours des cinq à dix prochaines années (au lieu de 25 %) ; dans ce cas, il s’agit tout de même de plusieurs milliards d’euros. À court terme, durant cette année, des économies sont toutefois déjà possibles au niveau « Administration et IT ». Les idées provenant du secteur qui sont réalisables selon Itinera aboutiront rapidement à une économie de près de 90 millions d’euros.

## Efficacité de la politique et homogénéité des compétences

Les gains d’efficacité en conséquence de l’efficacité de la politique et le degré d’homogénéité des compétences sont deux thèmes relativement restreints en nombre d’idées que nous abordons distinctement ici.

### Efficacité de la politique

#### Citations

L’incitation à l’efficacité et au contrôle de l’efficacité et de la qualité n’est possible que par une étroite collaboration avec les gens travaillant sur le terrain – les spécialistes en la matière : Il faudrait qu’ils forment un vaste réseau en collaboration avec les associations scientifiques
Basez plutôt la politique sur des objectifs de santé qui sont soutenus au niveau fédéral, régional et local
Utilisez une approche systématique, par exemple conformément au cycle PDCA. Dans un premier temps, mettez le plus possible l’accent sur l’exposition de problèmes au lieu de chercher dès le début des solutions. Basez-vous sur les problèmes pour arriver à des solutions.
Révision du fonctionnement du conseil technique médical, ne pas lancer tout simplement chaque nouvelle prestation dans le système ; <b>analyse plus stricte des coûts/investissements indiqués</b> ; intervention plus assertive des représentants du SECM pour décourager d’avance les abus possibles ; des libellés et des règles d’application cohérents au lieu d’une terminologie imprécise obscurcie ou de règles d’interprétation post hoc ; corrections des budgets (volontairement) sous-estimés
Vérifier que les subsides alloués sont bien affectés et utilisés par les hôpitaux (peu de projets aboutissent effectivement malgré les subsides qui sont utilisés pour autre chose !!!)

#### Commentaire d’Itinera

Par efficacité de la politique, nous visons la mesure dans laquelle les pouvoirs publics mènent eux-mêmes une politique efficace. Les participants provenant du secteur donnent ici des suggestions positives, à propos desquelles les pouvoirs publics se professionnalisent petit à petit : la détermination et l’évaluation des objectifs en matière de politique dans un cycle d’amélioration continue, l’implication totale du secteur pour une vaste propriété, la suppression du cloisonnement et de la politisation.

Dans les organisations de soins également, on peut s’attendre à une efficacité similaire de la politique de la part des directions responsables. À l’heure actuelle, il est étonnamment positif de constater que de nombreux acteurs des pouvoirs publics et du secteur ont une vision très axée sur l’avenir. Dans les années à venir (et pas plus tard), il conviendra de traduire cette vision en réformes concrètes pour tous

les soins, dans les organisations de soins et en dehors. Comme l'indiquent les participants, les projets pilotes très favorables, les projets de sécurité, etc. ne peuvent pas en rester au stade de projet et doivent être largement intégrés dans la politique du secteur entier. Ne pas le faire entraînerait un important coût d'opportunité en occasions manquées de gagner en efficacité tout en maintenant ou en améliorant la qualité des soins.

Pour y parvenir, les pouvoirs publics ne peuvent plus avoir de comportement schizophrène : d'une part, progresser positivement avec une vision dans ce que l'on veut réaliser, et d'autre part, désactiver entièrement cet hémisphère cérébral structurel parce que l'on ne veut pas toucher au tabou de l'économie linéaire à court terme (l'hémisphère réactif). La législation est totalement dépassée sur certains points : par exemple, l'AR 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Cette législation doit être revue de fond en comble à court terme, afin que le personnel puisse être affecté plus efficacement au bien-être de tous (y compris du personnel lui-même) (voir le thème « Personnel »). L'Écosse est un exemple parfait de la manière dont les pouvoirs publics peuvent miser de manière plus directe et positive sur la politique de soins.

## Homogénéité des compétences

### Citations

Harmonisation des pouvoirs publics fédéraux et des communautés (audits et législation)
Harmonisation des domaines de politique de la santé (fédéral) et du bien-être (régional), tant sur le plan du contenu que sur le plan financier
Ensembles de compétences cohérents, svp
Une seule politique en matière de qualité et de sécurité du patient, à savoir contrat SPF et décret qualité flamand à deux choses totalement différentes auxquelles les hôpitaux doivent satisfaire.
Éviter que les soins de santé se trouvent au niveau fédéral et régional

### Commentaire d'Itinera

L'homogénéité des compétences sera sans aucun doute un thème dominant, étant donné que le transfert de compétences entrera en vigueur à partir de 2014. Pour les soins, il est question de glissements importants dans les soins aux personnes âgées, les soins de première ligne (à l'exception des médecins généralistes et des soins à domicile) et des soins de santé mentale (à l'exception des psychiatres et des hôpitaux psychiatriques). Il y a relativement peu de changements dans le monde hospitalier. Ces « exceptions » indiquent déjà qu'une politique de soins cohérente et uniforme à un seul niveau de pouvoir n'est pas encore pour demain. Pour la qualité et l'efficacité des soins, peu importe que ce soit le niveau fédéral ou régional. L'un des deux pourrait parfaitement constituer la couche supérieure avec suffisamment de garanties de solidarité pour la sécurité sociale à travers l'ensemble de la Belgique. Un autre niveau dont on a moins parlé jusqu'à présent, mais qui prendra sans aucun doute beaucoup d'importance à l'avenir selon l'exemple donné par l'étranger, est le niveau local des communes. En effet, le niveau local est celui qui correspond le mieux au modèle de soins de l'avenir (voir thème) et mérite donc une position plus centrale en tant que couche inférieure, à côté de la couche supérieure. Il est presque impossible d'associer des chiffres concrets en matière d'économie au degré d'efficacité de la politique

et d'homogénéité des compétences. Il convient également de tenir compte du fait que l'organisation multiple de chaque structure décisionnelle par communauté (et Bruxelles) se révélera plutôt inefficace à court terme, mais nous espérons remédier à cela à long terme par la politique en matière de soins de santé.

## Mécanismes de paiement et financement des soins

### Citations

Les économies dans les services médico-techniques doivent être accompagnées de mesures en matière de retenue dans les hôpitaux.
Financement correct par pathologie. Réduction rémunération complications/révisions afin de stimuler la qualité et la sécurité ses soins
Différenciation du financement, fee4service pour les soins urgents imprévisibles, financement all-in par pathologie pour les soins routiniers prévus
Oser écrêter les honoraires surévalués pour rectifier les dérives, au lieu de toujours chercher des moyens supplémentaires. Il en est question en tant que mission explicite depuis les années '90, mais cela n'a jamais été exécuté
Aucun remboursement des mesures et examens préventifs utilisés abusivement (mammographies diagnostiques et écho pour prévention, PAP trop fréquents, statines uniquement en cas de SCORE de risque accru, etc.)
Réforme ticket modérateur chez les spécialistes vers des montants fixes, uniformes et transparents qui n'augmentent pas automatiquement avec les honoraires, économie de 43 millions d'euros (voir KCE)
Révision forfaits hémodialyse en milieu hospitalier et honoraires conformes au coût réel. Selon le KCE, il y a une marge de 1 million d'euros par 100 patients, pour 4 600 patients, économie de 46 millions d'euros. Il y a déjà actuellement des interventions partielles à destination des hôpitaux, pour 10 millions d'euros, pas encore dans les honoraires
Limiter l'écart salarial entre les médecins : par ex. 4 niveaux de revenus (travailler par heure) : niveau médecins généralistes, niveau spécialistes avec uniquement actes intellect. (onco, pédi, psychia, géri, médecin urgentiste, endocrino, dermato...), niveau spécialistes avec interventions techniques non urgentes (la plupart des cardio, gastro entéro, pneumologues, chirurgie quotidienne et anesthésie...), niveau médecins avec technicités aiguës et/ou majeures régulières (chirurgiens médecine aiguë, chirurgiens traumatologues, anesthésistes, intensivistes, cardiologues interventionnels et radiologues...). Aucune technicité n'est payée distinctement, mais chaque niveau doit prouver qu'il effectue chaque mois suffisamment de technicités appartenant à son niveau (autrement, il retombe au niveau inférieur). Et ceux qui travaillent de nombreuses heures gagnent plus (à contrôler avec ma « montre gps » qui indique combien d'heures je passe à l'hôpital ou à l'adresse de mon cabinet privé ; ou au moyen des journées d'hospitalisation et preuves de remboursement des consultations aux patients
Des enveloppes de soins basées sur l'EBM par pathologie, intervention... en réponse à la surconsommation due à la rémunération par prestation

Les prestataires de soins en milieu hospitalier déterminent dans une large mesure le coût d'un traitement sans même s'en rendre compte ; les économies devraient être un encouragement récompensé au lieu de sanctionner les frais élevés comme c'est le cas aujourd'hui avec les montants de référence

## Commentaire d'Itinera

Avec 263 idées sur 1 800, le thème « Financement et mécanismes de paiement des soins » occupe la première position, à côté de « Personnel ». Ce n'est pas étonnant en soi. D'une part, avec la norme de croissance pour les dépenses en matière de soins, la gestion de la nomenclature et le financement des hôpitaux, ce thème comprend les trois principaux instruments de financement que l'on a utilisés jusqu'à présent pour maintenir en ordre le budget des soins de santé. Supprimer X, augmenter Y... Les idées du secteur illustrent également ce genre de travail « couper-coller » qui domine toujours les discussions budgétaires. Les aspects tels que le gel des initiatives et l'érosion de la norme de croissance (128 millions d'euros) en période de besoin croissant de soins de santé sont des solutions de facilité pour réaliser des économies. Elles mettent toutefois en péril la qualité des soins car elles ne sont pas prises sur la base d'objectifs mesurés en matière de soins. Des réactions telles que l'augmentation des suppléments pour les patients sont très prévisibles à ce niveau, et même déjà annoncées par le secteur.

D'autre part, nous constatons que de nombreux participants à l'étude Itinera issus du secteur réfléchissent de manière très innovante et positive à propos d'un autre mode de financement potentiel. En effet, il ne faut pas tourner autour du pot : par exemple, lorsqu'un trop grand nombre de soins techniques sont prestés (voir le thème « Adéquation des soins »), c'est également pour une question d'argent. Il en va de même pour le déficit de soins non techniques. Ce même argent est également déterminant pour les inefficacités dans le thème « Personnel ». Comme l'indiquent les participants, les éléments centraux de la solution sont les suivants : (1) réexaminer complètement la nomenclature des médecins sur la base de frais réels mis à jour et d'une extraction de la composante technique d'investissement ; (2) idem en ce qui concerne les frais pour les hôpitaux et autres organisations de soins ; (3) offrir une solution au modèle conflictuel financier existant qui est la conséquence des redevances des médecins dans les hôpitaux ; (4) un glissement d'une partie des honoraires par prestation vers une composante de paiement fixe par période et par patient ; (5) une liaison directe partielle des moyens à la qualité mesurée des soins. Ce dernier élément est parfois appelé « pay for performance ». Le paiement par prestation ne doit certainement pas être supprimé à l'avenir, mais modernisé et lié au besoin de soins de chaque patient individuel ; (6) enfin, le financement devra également correspondre au modèle de soins de l'avenir (voir thème) ; dans ce cadre, il faudra briser les murs financiers entre les organisations de soins et les soins du patient à domicile.

Il n'est pas si difficile d'en trouver encore 200 millions d'euros d'économies pour 2013 à l'aide de l'approche « couper-coller ». Dans ce cadre, certains éléments étaient/étaient/sont toutefois à leur place, comme la réforme du financement de la dialyse. Cependant, tant que l'on ne met pas en œuvre tous les éléments de la structure financière, les patients et le personnel seront finalement en grande partie les dindons de la farce. S'il y a bien une réforme structurelle à entamer au cours des années à venir, c'est la réforme du financement des soins. Dans le secteur des soins aux personnes âgées, en dépit de la forte croissance des besoins, il y a également des opportunités (par exemple, VIPA dans le thème « Autres »). La

liaison de la qualité peut à son tour déjà engendrer 93,5 millions d’euros à court terme (voir le thème « Qualité »).

## Coordination et collaboration

### Citations

En cas d’hospitalisation, chaque patient se voit attribuer un médecin qui, en concertation avec le généraliste, surveille les objectifs finaux de l’hospitalisation et coordonne les examens et traitements (éviter les examens et traitements superflus qui ne soutiennent pas la « santé » du patient)
Congestion des gardes hospitalières – médecine générale
Un financement qui stimule la collaboration entre les différents prestataires de soins (cf. soin du diabète)
Promouvoir et subventionner les accords de coopération horizontaux
Davantage d’harmonisation, de collaboration et de concertation en matière d’apprentissage entre les différentes MRS. Il n’est pas sensé de toujours réinventer des procédures telles que la procédure d’immobilisation. Selon moi, il vaudrait mieux par exemple élaborer 1 procédure d’immobilisation pour toutes les MRS. De cette manière, il n’y aurait pas besoin d’autant de coordinateurs qualité étant donné qu’ils pourraient travailler pour plusieurs maisons.
Participation accrue des médecins dans la gestion des hôpitaux : Corporate governance
Élimination des obstacles financiers et réglementaires qui entravent la collaboration entre les hôpitaux
Développement de soins coordonnés de première ligne, y compris la gestion de cas
Obliger la collaboration des disciplines à propos de problèmes centraux, par exemple, mal à l’épaule, l’approche diffère trop entre les différents spécialistes, par manque de directives correctes ? De volonté ?
Obliger la collaboration transmurale entre les prestataires de soins

### Commentaire d’Itinera

« Coordination et collaboration » est un thème relativement restreint, mais capital. C’est la raison pour laquelle nous l’abordons séparément. Il est très positif de constater que dans le secteur, bon nombre de personnes prennent conscience qu’à l’avenir, il faudra surtout collaborer et coordonner davantage, que nous sommes unis face aux défis. Le fait que les médecins veulent toujours plus assumer leur rôle dans ce domaine au niveau collectif, outre le niveau de soins individuel, est également très encourageant.

## Fraude

### Citations

Douleur aiguë : surpayé, budget considérablement accru, dans la pratique, régulièrement effectué par les infirmiers ; en particulier le supplément pour urgence, sa récupération par le SECM représentait déjà 550 000 euros, placement et programmation d'une pompe antidouleur, avec surveillance, pour administration intraveineuse d'un morphinomimétique (AICP) après une intervention chirurgicale ou en cas de polytraumatisme, y compris le matériel utilisé, à l'exclusion des produits pharmaceutiques utilisés, maximum 4 jours, par jour = 55,6 euros/jour pour 1x placement d'une perfusion iv qui est ensuite actionnée par le patient ; 8,5 millions d'euros/an -50 %
Faire uniquement rédiger les attestations d'incapacité de travail par le médecin contrôleur
S'attaquer à l'autoprescription
Informersur les abus extrêmes du régime du tiers payant ; lecture simultanée de la carte SIS ou e-ID
Contrôle soins à domicile. De nombreuses toilettes sont prévues, mais ne sont pas effectivement réalisées
SECM : urgences : vérifier où les honoraires d'urgentiste sont imputés à juste titre et où ils sont imputés indûment
Il y a trop de « faux cas » qui se présentent aux urgences, et beaucoup de profiteurs (pas d'argent sur soi, pas de médecin traitant...). Les médecins urgentistes n'aiment pas ça, les directeurs financiers des hôpitaux bien. Il faut instaurer un poste de triage des urgences « indépendant » obligatoire, avec des critères nationaux et un logiciel, qui transfère à partir de là (tous les appels non urgents) vers le poste de garde de médecine générale ou le poste de garde des spécialistes en milieu hospitalier. Ensuite, les personnes fichées comme mauvais payeurs ou qui n'ont pas de carte SIS doivent d'abord donner leur carte bancaire (et signer pour autoriser le prélèvement des frais) avant d'être soignées, ou aller d'abord chez elles chercher leur carte SIS dans leur porte-monnaie...
Imagerie médicale soins ambulatoires : plus d'honoraires de 2 <sup>e</sup> consultation par prescription pour les prescriptions dans un délai de 1 à 3 mois (prescriptions divisées)
Davantage de contrôle de l'activité médicale et paramédicale à l'hôpital
Vérifier dans quelle mesure des médicaments ont été transférés au niveau ambulatoire pour échapper au forfait à l'hôpital

### Commentaire d'Itinera

Avec 28 idées sur 1 800, « Fraude » est un thème restreint, mais très distinct pour réaliser l'efficacité et des économies. En période de pression financière, il est logique que les gens tolèrent dans une moindre mesure que certains tirent sur la corde. Un hôpital qui « optimalise » ses données financières ou en matière de qualité, un médecin ou un infirmier à domicile qui « enjolive » ses prestations fournies, un patient qui ne paie pas sa facture...

La fraude est un risque dans tous les secteurs, et donc aussi dans les soins de santé. L'un des participants a souligné que les actuels processus de facturation des prestataires et des organisations étaient une véri-

table passoire. C'est peut-être un peu exagéré, mais il est certain que le fonctionnement actuel, en raison du morcellement, de l'excès de données déterminantes et de l'absence de plate-forme IT plus restrictive (voir par exemple l'approche sophistiquée dans d'autres secteurs), est assez sensible aux comportements frauduleux. Les possibilités existent et la chance qu'elles permettent de s'en sortir est grande. Cependant, il ressort des études que la prévention de la fraude est l'une des principales préoccupations des organes de contrôle et services publics concernés. Cela mobilise une main-d'œuvre considérable.

Le fait est qu'un prestataire de soins peut se sortir de bon nombre de situations en invoquant les « besoins des patients ». Même l'argument de la liberté thérapeutique joue parfois un rôle à ce niveau. Par conséquent, les pouvoirs publics ne créent pas de sanction ou n'appliquent pas les sanctions possibles. Le secteur est cependant demandeur d'une politique plus sévère sur ce point. En effet, un comportement injustifié dans un budget fermé ne lui profite pas. Enfin, comme le déclarent beaucoup de personnes en dehors de cette étude, il faudrait réexaminer le rôle d'organisations telles que l'ordre des médecins. Les économies possibles que peut engendrer la réduction de la fraude sont typiquement difficiles à quantifier. Cependant, les expériences actuelles en provenance de l'étranger nous apprennent que chaque euro investi dans la lutte contre la fraude dans les soins rapporte jusque 8 euros.

## Égalité des soins (accessibilité)

### Citations

Accueil et soins abordables pour le troisième âge en dehors des instances privées
Consolidation médico-mutualiste des infos socio-économique des soins
Développement d'une politique des groupes-cibles (défavorisés, allochtones, personnes âgées...)
Information/sensibilisation de la population allochtone à propos de la médecine de première ligne
Meilleur encadrement des publics précarisés du point de vue santé, sécurité, formation
Réduction des frais de santé pour les jeunes
Suppression tiers payant automatique sauf exception sociale
Renforcement accessibilité première ligne
Mieux accompagner ceux qui sont vraiment malades et les aider davantage sur le plan financier (par ex. frais de médicaments...)
Réexaminer l'assurance soins -> donner davantage à ceux qui en ont besoin

### Commentaire d'Itinera

Faire en sorte que les personnes de classes sociales, sexe, âge, origine, etc. différent(e)s puissent jouir d'une bonne santé identique n'est pas à proprement parler un thème associé par de nombreuses personnes à des soins plus efficaces et des économies éventuelles. Il va sans dire que chez les personnes d'une classe sociale inférieure, par exemple, il y a encore beaucoup de place pour une amélioration dans l'obtention et la conservation de cette santé. D'autres thèmes tels que la prévention et une politique de qualité peuvent engendrer dans ces groupes une réduction relativement importante du coût évitable

dû à des complications, des réadmissions, à la mortalité, à l'absentéisme, etc. À plus long terme, il existe donc certainement un argument en faveur de l'efficacité et de l'économie pour développer davantage une politique de soins axée sur des groupes-cibles spécifiques.

C'est d'autant plus utile que ce sont ces groupes qui ont le plus besoin de soins chroniques, à savoir le type de soins qui occupera une position plus centrale dans un proche avenir. À court terme, cela n'engendre toutefois pas la moindre économie ni augmentation de l'efficacité. Ces groupes-cibles sont en soi les plus vulnérables à une éventuelle érosion de la qualité des soins due à une politique d'économie trop réactive et linéaire au lieu d'appliquer des réformes structurelles. Le revers positif de cet aspect est que les réformes fondamentales du financement, du personnel, du modèle de soins, etc. entraînent souvent un effet relatif plus positif dans les groupes-cibles vulnérables parce que les recommandations correspondent bien à l'approche locale et intégrative encouragée depuis toujours pour soutenir l'égalité en matière de santé.

## Qualité des soins

### Citations

Importance de la « sustainability » : instaurer des points de contrôle systématiques (par ex. audits) pour contrôler régulièrement la qualité, la sécurité, l'efficacité, la fiabilité des soins, etc. et y apporter des améliorations sur cette base. Laisser les collaborateurs à la base contrôler eux-mêmes leurs propres processus.
Accent sur les processus internes (processus administratifs, logistiques, en matière de soins...). Il faut veiller à ce qu'ils se déroulent le plus efficacement, le plus réellement et le plus sûrement possible... Il ne faut pas nécessairement y affecter des moyens supplémentaires. Il convient de mettre l'accent sur le gaspillage dans les processus (cf. Lean management) et essayer de l'éliminer au maximum, par exemple : stocks excédentaires, surproduction, processus inutiles, délais d'attente, défauts...
Instaurer une accréditation (n'existe pas en Wallonie et à Bruxelles)
Objectifs de qualité DMG : déterminer les objectifs à atteindre en matière de prévention (par ex. vaccination)
Vers médiane réadmissions, céder le reste (32 millions d'économies)
Vers médiane infections nosocomiales dans les hôpitaux (61,5 millions d'euros d'économies)
Stimuler les itinéraires cliniques et les trajets de soins
Restrictions offre sur la base de critères de qualité (notamment volume, accréditation, etc.)
Transparence (rendre public) en ce qui concerne la variabilité des dépenses, l'utilisation des soins et le résultat des prestataires de soins

Évaluation généralisée de la qualité/du résultat des soins médicaux fournis. Cela peut se faire – si les mesures 1 et 2 sont appliquées – par des audits et un feed-back automatiques aux prestataires de soins (cf. NHS)

## Commentaire d'Initera

À première vue, il peut être surprenant de retrouver 93 idées sous le thème « Qualité » dans une étude relative à l'amélioration de l'efficacité ; en effet, il s'agit tout de même des moyens et pas de la qualité ? Et les efforts et investissements en matière de qualité (= temps de personnel) ne constituent-ils pas une dépense supplémentaire au lieu d'une économie ? Non, l'intuition des personnes concernées est correcte. La qualité des soins est un instrument central en vue de favoriser l'efficacité. Cela se confirme du point de vue scientifique pour différentes conséquences positives d'une politique solide en matière de soins.

Tout d'abord, une politique de qualité apprend aux professionnels des soins à collaborer en équipe dans et à travers les organisations de soins. C'est précisément ce dont on a grand besoin pour réduire les inefficacités (surtraitement) et les frais évitables (absence de traitement ou traitement erroné avec complications, réadmissions, entraînant éventuellement un décès). Le travail en équipe est en effet lié à un bon fonctionnement du personnel qui est à son tour lié au résultat chez le patient.

Deuxièmement, une politique de qualité ne se limite pas au seul travail en équipe. L'essentiel est que les processus de soins soient harmonisés avec les meilleures pratiques (evidence based care) et soient rationalisés tout au long du parcours du patient, en convenant quel professionnel des soins fait quoi à quel moment. Divers instruments tels que les itinéraires de soins, lean management, six sigma, etc. permettent généralement d'aboutir à une amélioration d'efficacité démontrable, en plus de l'amélioration de la qualité. Ces économies proviennent non seulement des conséquences à court terme (par ex. diminution de la durée d'hospitalisation, moins de prestations techniques, consommation réduite de médicaments et de matériel), mais aussi des conséquences à long terme relatives aux coûts évitables.

Troisièmement, d'une manière similaire et encore plus directe, la politique de qualité est axée sur l'optimisation de la sécurité du patient (par exemple en tirant les leçons d'incidents signalés), ce qui diminue également les frais évitables.

Quatrièmement, une bonne politique de qualité permet de tirer profit de l'expérience des autres dans des réseaux avec les pairs et d'autres disciplines dans d'autres organisations de soins. On compare la manière d'agir (bien ou mal) et l'on vérifie de manière ciblée dans quelle mesure l'approche de soins qui a abouti à cette méthode diffère entre les équipes de soins. À nouveau, cela aura un effet sur les frais à court et long terme.

Si l'on additionne tous ces éléments, il est assez évident que la qualité est un thème très pertinent pour obtenir des gains d'efficacité. Actuellement, les efforts en matière de qualité représentent souvent une perte financière. Il est possible d'y remédier par une accréditation (octroi d'un label de qualité), par des rapports publics sur la qualité des soins (pour attirer plus de patients) et par un système « pay for performance » (lier les moyens financiers aux résultats en matière de qualité). Les pouvoirs publics soutiennent

de plus en plus l'accréditation et les rapports publics. Étant donné que le thème « Qualité » fournit les instruments permettant aux prestataires de soins et aux organisations d'augmenter leur efficacité au niveau interne, il va sans dire que les pouvoirs publics miseront encore davantage là-dessus dans le futur (proche). Par ailleurs, les personnes concernées issues du secteur signalent parfois aussi que le contrôle interne de la qualité peut être renforcé par les pouvoirs publics, en parallèle avec un déplacement de l'accent des normes structurelles vers le processus de soins et ses résultats chez le patient. Ici aussi, les pouvoirs publics prennent déjà des mesures positives. Étant donné que les gains d'efficacité réels des mesures actuelles ne se concrétisent souvent que plusieurs années plus tard (un meilleur mode de vie et un meilleur suivi en cas de diabète diminuent le risque de complications et de frais à un âge plus avancé), ce domaine essentiel ne correspond pas vraiment au système de budgets annuels et même de législatures quadriennales. Il conviendrait au moins de pouvoir évoluer vers un plan budgétaire pluriannuel. Pour 2013, nous l'indiquons donc pas de nombre à ce propos, mais le potentiel pour les années à venir est grand, et nous en avons besoin pour relever les défis financiers.

## Personnel

### Citations

Adaptation financement INAMI, imposition d'autres normes. Une aide professionnelle est indispensable, mais les diplômes ne peuvent pas dominer par rapport aux compétences des collaborateurs ayant un diplôme qui n'entrent pas toujours en ligne de compte pour le financement des journées d'hospitalisation. Par exemple, la permanence de 24 heures pour le personnel infirmier dans une MRS agréée... quand l'offre est réduite et la demande est grande... probablement un problème connu
La formation de bachelier pour la TLM doit mettre la barre beaucoup plus haut et davantage tenir compte de la pratique. Ici aussi, tout révèle que la forme est à nouveau plus importante que le contenu ; par ex. instructions pour le carnet de stage, points d'attention durant la formation (le journal doit être signé quotidiennement, sinon...)
Donner la possibilité aux aides soignants d'élargir leurs compétences : ex. : prise de paramètres, suivi basique des pansements, élargir leur connaissances...
Statut unique dans le secteur privé et public
Un seul médecin généraliste par établissement, qui reçoit une rémunération déterminée pour ses prestations (et donc pas 30 médecins généralistes différents) et qui a une mission générale et plus axée sur le contenu à côté de la consultation des occupants
Donner aux meilleurs éléments du personnel infirmier l'occasion d'obtenir également une promotion dans le département de soins. Bon nombre d'entre eux se perdent souvent par la force des choses dans des tâches administratives dirigeantes.
Laisser le personnel infirmier spécialisé assumer les tâches des médecins dans certains domaines professionnels, régler les « specialist nurses » via un système de remboursement de la mutualité, par ex. anticoagulation

Investir dans la formation obligatoire des médecins « responsables » dans le management médical, y compris le management de la qualité
Miser sur les techniques innovantes à potentiel de valorisation sérieux en faisant appel aux ressources humaines en fonction de la tâche
Repenser et retravailler entièrement l'AR 78 concernant les actes techniques

### Commentaire d'itinera

Avec 258 idées, la politique du personnel occupe la deuxième place dans l'ensemble des thèmes, après le financement des soins. Il est clair que toutes les facettes de la gestion des ressources humaines dans les soins de santé ont besoin d'une sérieuse mise à jour. Il est très positif de voir que tant le secteur que les décideurs semblent s'en rendre compte et veulent miser là-dessus en 2013 sous la forme de propositions politiques. C'est un élément essentiel, car le personnel est en effet souvent la dupe des économies dans les soins et la pression du travail est assez élevée dans la plupart des organisations. Il faut donc renoncer à l'idée simpliste visant à dégraisser ou à ne plus remplacer le personnel. Il a été démontré scientifiquement que ce n'est pas bon pour la qualité des soins et que cela entraîne à long terme des frais évitables. Cela a été compris au niveau de la vision, mais pas encore dans la pratique quotidienne et la réglementation. Nous devons surtout apprendre à utiliser plus efficacement le personnel présent. La transition vers une politique de compétence, une évolution de carrière, la modernisation des formations, etc. Une idée essentielle à ce sujet est le principe de subsidiarité : on fait exécuter les tâches de soins par des professionnels qui possèdent une compétence suffisante à cet effet, mais qui ne sont pas non plus surqualifiés (et donc plus chers). Le contenu des soins ne s'arrête pas, mais la répartition des tâches sur les professionnels s'est arrêtée. En faisant glisser des tâches du médecin vers le personnel infirmier, du personnel infirmiers vers les aides-soignants, des aides-soignants vers les soignants et des soignants vers la logistique..., on diminue le coût de l'ensemble des soins, on enrichit le travail de chacun (également celui des médecins qui peuvent se concentrer sur la supervision, la coordination et les soins complexes) et comme cela a été démontré, on améliore la qualité. Des rôles plus enrichissants sont également possibles pour les volontaires et l'action médico-sociale. Les premières tentatives, comme la création des « aides-soignants » ne se sont pas très bien passées parce que l'on est retombé dans une mentalité de cloisonnement. Il va sans dire que dans ce cadre, le secteur doit vaincre séparément les intérêts bétonnés de chaque profession médicale (tant les médecins que les infirmiers). Si la vision est présente chez tous les leaders d'opinion et décideurs politiques, il faut aller de l'avant. Si tel n'est pas le cas, les pouvoirs publics doivent prendre eux-mêmes la responsabilité de la réalisation. Les moyens libérés en conséquence du glissement des tâches sont normalement appliqués pour mettre en œuvre d'une manière plus

large et plus efficace les soins aux patients ayant des besoins chroniques. Un réinvestissement direct dans les soins est donc approprié ici.

## Prévention

### Citations

Proposer des sociétés de transport adaptées et faire collaborer les centres des environs pour utiliser tous la même société de transport afin de couvrir les frais.
Briser l'isolement
Objectifs de qualité DMG : déterminer les objectifs à atteindre en matière de prévention (par ex. vaccination)
Promouvoir plus intensivement la prévention médicale maximale (dirigée de manière centralisée par les pouvoirs publics) + mesures fiscales : par exemple, augmenter la taxe sur l'alcool et le tabac ; augmenter les prix des sucres, graisses, fast food (comme la « taxe sur la graisse » (malheureusement déjà supprimée) au Danemark) ; utiliser ces revenus pour développer encore davantage la prévention.
Davantage de projets de prévention comme les trajets de soins, le trajet de soins pour le diabète, alors que des programmes d'éducation sont également nécessaires pour les personnes présentant un risque de diabète.
Possibilité de donner une formation en groupe aux patients souffrant de diabète déséquilibré sans hospitalisation, mais de manière résidentielle : voir les exemples dans les pays voisins : prise en charge éducative d'une semaine avec beaucoup de mouvement, des ateliers de cuisine, des formations de groupe, etc.
Créer un centre central de dépistage pour la coordination centrale du dépistage pour le cancer du col de l'utérus, le cancer du sein, le cancer de l'intestin en Belgique
Organiser plus d'activités (culturelles, sportives...) nécessitant la participation des citoyens
Programme de prévention des chutes à domicile pour les personnes âgées, 300 euros économisés par personne,
Stimuler les soins autonomes par des programmes de soins de soutien, accompagnement infirmiers spécialisés

### Commentaire d'Itinera

Avec 59 idées sur 1 800, la contribution de la prévention à une amélioration de l'efficacité est relativement modeste. C'est conforme à l'attention générale actuellement prêtée à la prévention. Seuls 2 % de nos moyens sont affectés à la prévention, alors que c'est souvent le double dans d'autres pays. Cependant, la Belgique se débrouille plutôt bien en matière de prévention primaire chez les plus jeunes d'entre nous. Cependant, tout comme d'autres pays, c'est moins le cas pour la prévention chez les adultes et les personnes âgées. Le défi à ce niveau est que c'est surtout le nombre de personnes ayant un besoin prolongé de prévention des complications et de la régression fonctionnelle qui augmentera dans les années à venir. À un tel point que le KCE demande que l'on axe davantage notre modèle de

soins sur ces personnes, sur le soin chronique. Les idées citées ici sont par conséquent très positives. Au Royaume-Uni, par exemple, les patients souffrant d'affections cardiaques, de BPCO, etc. sont suivis d'une manière beaucoup plus intensive. Du personnel est spécialement affecté à cette tâche chez le médecin généraliste. Des infirmiers spécialisés coordonnent les soins à ces patients et, dans ce cadre, s'intègrent littéralement dans la situation familiale du patient. La portée de la prévention s'est énormément développée récemment et concerne également la mobilité, la circulation, la sécurité, les moyens financiers, les services de proximité, les contacts sociaux, etc. En fait, nous devons en partie revenir au soutien de la communauté locale que nous avons connu il y a plusieurs décennies, mais maintenant dans un cadre professionnel. Cela demande de la flexibilité et des soins sur mesure. Les pouvoirs publics ont réagi de manière positive à ce niveau envers la communauté locale, spécifiquement pour les personnes âgées et les groupes-cibles vulnérables. Cela pourrait être élargi à l'ensemble des personnes ayant des besoins de soins chroniques. En ces années de crise, le budget vient toutefois tout gâcher. Ce sont malheureusement des éléments sur lesquels on économise en premier lieu, en dépit de leur importance prioritaire. Par conséquent, nous hypothéquons en partie l'efficacité dans les années à venir, parce qu'il y aura des frais évitables. En guise d'illustration, un programme de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées peut engendrer une économie de 300 euros par personne, pour un coût de seulement 30 euros. Dans ce cadre, il convient toutefois d'indiquer clairement que toutes les formes de prévention n'entraînent pas un gain d'efficacité. Il convient d'effectuer une bonne sélection. La prévention n'est pas à elle seule la « solution miracle », mais elle mérite certainement d'être renforcée à côté des autres thèmes.

## Rôle du patient

### Citations

Base de données centrale accessible aux médecins : décourager le « shopping » de patients et éviter la répétition inutile des examens
Utiliser les moyens en fonction du niveau de vie : cf. gros fumeurs, buveurs
Sensibiliser financièrement le patient à l'adoption d'un style de vie sain et préventif.
Rehausser le seuil d'hospitalisation d'urgence ; revalorisation première ligne ; « service de garde de médecine générale »
Réforme ticket modérateur chez les spécialistes vers des montants fixes, uniformes et transparents qui n'augmentent pas automatiquement avec les honoraires, économie de 43 millions d'euros (voir KCE)
Implication des patients ou de leurs associations dans l'évaluation de la qualité et de l'efficacité
Augmentation de l'implication/responsabilisation des patients dans leur traitement (tabac, obésité, mouvement...) : +/- contrat de traitement avec médecin traitant
Intégrer de manière systématique et structurelle les préférences du patient dans le processus décisionnel clinique + soutenir la responsabilisation du patient

Structure renvoi 1<sup>re</sup> ligne --> 2<sup>e</sup> ligne. Hiérarchie médecin généraliste --> spécialiste. Les patients paient par exemple moins de ticket modérateur s'ils passent d'abord chez le généraliste. Le but est de limiter de « faire le tour des spécialistes»

Réduction/suppression ticket modérateur en cas d'utilisation justifiée des urgences, plus renforcement de la dissuasion d'y faire appel injustement via un forfait de dissuasion de 10 euros, en plus des 19,54 euros de ticket modérateur ; et investissement dans le développement de postes de garde de médecine générale, globalement 6,5 millions d'euros d'économies directes à court terme

### Commentaire d'Itinera

Avec 88 idées sur 1 800 à propos du rôle du patient, ce thème se trouve plus ou moins dans la moyenne de l'attention dans le débat sur l'efficacité. Dans ce cadre, le patient joue différents rôles :

Rôle de la personne directement intéressée qui pourrait avoir davantage voix au chapitre en matière de soins, tant en ce qui concerne les préférences avant et durant les soins, via l'interrogation ultérieure du patient sur ses expériences, que pour donner une orientation dans les conseils d'administration ou conseils consultatifs. L'effet de ce rôle sur l'efficacité est difficilement prévisible. L'activation du patient dans le contexte direct des soins peut par exemple aboutir à une détection préventive des situations dangereuses et ainsi prévenir les frais évitables. Au cours des dernières années, les pouvoirs publics se sont activés pour instaurer davantage la participation des patients (par exemple, conseil consultatif des seniors), bien que l'initiative provienne parfois plutôt du secteur (par exemple, participation aux conseils d'administration des hôpitaux).

Un deuxième rôle du patient est celui de définisseur volontaire du choix des soins dans une offre concurrentielle. Le rapport public sur la qualité des soins (voir le thème « Qualité ») s'inscrit dans ce cadre. À ce propos, certains participants à l'étude soulignent que souvent, les patients raisonnent selon une philosophie « plus, c'est mieux », font de la surconsommation et font même du shopping ciblé s'ils ne peuvent pas obtenir une prestation déterminée quelque part, par exemple une radiographie. Dans le passé, on se basait souvent unilatéralement sur ce point de vue négatif, ce qui se traduisait par l'application de tickets modérateurs assez élevés pour décourager la consommation de soins. Le problème est que le ticket modérateur décourage tous les soins, y compris les bons soins, et ce, surtout dans les groupes-cibles les plus vulnérables qui ont précisément le plus grand besoin de soins. La suggestion de convertir le ticket modérateur en montants fixes, uniformes et transparents qui n'augmente pas automatiquement avec les honoraires est par conséquent reprise. Cela entraîne à court terme une économie de 43 millions d'euros. À long terme, il faudrait toutefois supprimer le ticket modérateur s'il s'agit de soins recommandés sur le plan scientifique. Cette option est réalisable avec un support d'aide à la décision/IT suffisant. Cela reformerait le ticket modérateur pour en faire un instrument plus positif reconnaissant que les patients peuvent également faire de bons choix.

Nous ne pouvons toutefois pas ignorer la réalité. Dans ce cadre, de nombreux participants renvoient à l'exemple de l'utilisation impropre des urgences, avec une augmentation de 28 % sur trois ans. Par conséquent, la suggestion de supprimer d'une part le ticket modérateur en cas d'utilisation justifiée des urgences et de l'augmenter d'autre part de 10 euros en plus des 19,5 euros existants en cas d'utilisation

impropre (avec adaptation pour le statut social) mérite d’être suivie. Même avec un investissement dans le développement de postes de garde de médecine générale, on obtient une économie supplémentaire de 6,5 millions d’euros à court terme. Une alternative à l’approche relative au ticket modérateur consiste à corriger le modèle de soins de manière plus fondamentale avec une forme d’échelonnement (voir le thème « Modèle de soins »). Dans les limites budgétaires, les pouvoirs publics devraient s’occuper d’une manière ciblée d’une réforme du ticket modérateur, comme l’a également recommandé le KCE.

## Rôle des mutuelles

### Citations

Améliorer le rôle des mutuelles
Les mutuelles doivent pouvoir conclure des contrats préférentiels avec les prestataires de soins, mais les mutuelles doivent dès lors assumer la responsabilité financière à 100 %.
Plus grande responsabilité financière des mutuelles avec davantage d’outils
Révision du système de financement, réétalonnage de la nomenclature et réduction du coût des mutualités
Les mutuelles doivent se recentrer sur les soins de santé et c’est tout. La CAAMI suffit.
Rendre les mutuelles vraiment responsables financièrement sur la base de la rémunération pour la prévention : par exemple, quel pourcentage du groupe-cible est vacciné chaque année contre la grippe ?
Managed competition (stimulation de la concurrence entre les établissements de soins)
Responsabilisation des mutuelles en matière d’efficacité et de qualité avec possibilité de passation sélective de contrats sur la base de critères validés de manière indépendante
Revoir le rôle des mutuelles. Suppression transitions financières par les mutuelles pour les attestations de soins
Veiller à ce que le régime de tiers payant soit possible sans papier. Maintenant, beaucoup de travail et de coût, également pour la Mutuelle. Payer aux Mutuelles 4 % au lieu de 6 % du budget national. Elles coûtent plus que tous les médecins généralistes ensemble.

### Commentaire d’Itinera

Avec 46 idées sur 1 800 sur le rôle des mutuelles, et par conséquent un potentiel d’économie éventuel, nous pouvons parler d’un thème modeste dans l’ensemble des possibilités. Il va sans dire qu’il chevauche en partie le thème « Administration et IT » (voir ailleurs). En dépit du fait que les mutuelles sont également à la base de notre État-providence, avec un degré élevé de solidarité, et étaient également à l’origine des bons soins que nous connaissons, nous ne pouvons pas ignorer que leur rôle est de plus en plus remis en question. Plusieurs mutuelles admettent d’ailleurs ouvertement qu’elles doivent et veulent redéfi-

nir leur rôle. Il y a différentes raisons à cela, outre la charge administrative et le retard en IT par rapport aux autres pays :

(1) le terrain de jeu des mutuelles n'est pas ouvert, ce qui empêche une saine concurrence. On commence à y apporter des changements d'une manière positive au niveau régional, mais les réglementations subsidiantes doivent être adaptées à ce niveau pour pouvoir attirer de nouveaux venus ;

(2) les mutuelles travaillent dans un cadre intégré de manière verticale. Vous pouvez uniquement faire appel à leurs services si vous êtes membre et si vous n'êtes pas membre d'une autre mutuelle. Cela empêche le dépilarisation et le décompartimentalisation nécessaire pour pouvoir organiser des soins efficaces et intelligents. C'était l'une des conclusions centrales des participants/experts de la conférence de recherche « soins intelligents » récemment organisée par le ministre Vandeurzen ;

(3) il n'y a aucun stimulant à changer de mutuelle, en raison du manque de transparence de la qualité des soins fournis et des faibles primes que l'on doit payer en tant que cotisation (outre les cotisations sociales qui vont également en partie aux mutuelles). Quelques mutuelles connaissent donc plus ou moins une position de monopole, comparable à celle d'Electrabel sur le marché de l'énergie. Les grandes mutuelles monopolistes ont tout intérêt à maintenir la situation actuelle. Cette situation est également renforcée par les accords réciproques conclus par les mutuelles avec les syndicats de médecins dans la concertation collective relative à la tarification. Ce modèle collectif a évidemment eu lui aussi des conséquences positives pour le système de soins à travers les décennies écoulées.

Au vu des défis posés en matière de soins, nous entrons toutefois maintenant dans une période qui nécessitera un changement. En raison de l'expérience à grande échelle que possèdent les mutuelles, la situation optimale serait qu'elles participent à une action positive. Il va sans dire que d'autres doivent également leur donner les possibilités à cet effet, comme les pouvoirs publics. Il y a aussi un autre rôle à jouer, dans lequel les mutuelles peuvent directement soutenir le patient dans la recherche de soins de qualité. Une orientation basée sur la qualité et le coût, des accords avec les prestataires basés sur la qualité et le coût, un rôle plus coordinateur, etc. Quel est le rapport avec l'efficacité et les économies ? Aux Pays-Bas, on a constaté que cela permet d'inciter 20 % des patients à effectuer un choix plus volontaire. Ce n'est pas un projet à court terme. Il n'y a pas d'économies dont on peut profiter facilement pour 2013 (sauf au niveau Administration et IT). On pourrait toutefois effectuer une première démarche en responsabilisant davantage les mutuelles au niveau financier pour l'ensemble des objectifs de soins, et pas uniquement pour la gestion administrative et la surveillance du budget. Nous ne formulons pas d'objectif à court terme en matière d'économie sur ce point étant donné qu'il s'agit de responsabilisation et pas vraiment d'économie.

## Technologie, innovation et rapport coût-efficacité

### Citations

Mieux réfléchir aux mesures ou décisions à prendre. Par exemple, lors du passage au vaccin hexavalent, des dizaines de milliers de vaccins Engerix B devenus inutiles ont tout simplement été jetés ; il n'a pas été question de ramassage

<p>Prescrire efficacement. Les médecins sont encouragés/obligés à prescrire le médicament le plus efficace. La part relative des nouveaux (et généralement plus chers) médicaments est beaucoup trop élevée en Belgique par rapport à la plupart des autres pays européens. De nombreux patients pourraient toutefois être aussi bien/mieux traités avec des médicaments plus anciens (et généralement meilleur marché). La détermination des médicaments qui sont prescrits de préférence peut se faire sur la base de Directives internationales et/ou de réunions de consensus. Lors de la détermination de la molécule préférentielle, il n'est pas seulement tenu compte de l'efficacité et de la sécurité du médicament, mais aussi du coût, de l'applicabilité et du rapport coût-efficacité. Pour chaque pathologie, il est possible d'élaborer des arbres de décision qui accompagneront les médecins dans leur prescription. Ces arbres de décision peuvent être intégrés dans le logiciel de prescription électronique.</p>
<p>En cas de prescription après expiration du brevet, uniquement faire délivrer le meilleur marché.</p>
<p>Mieux financer la pharmacie clinique afin qu'un « examen des médicaments » puisse être effectué pour chaque patient et que les médicaments inutiles ou suboptimaux puissent être corrigés.</p>
<p>Possibilité d'acheter les médicaments à l'unité plutôt que par boîte. Actuellement, on jette de nombreux médicaments inutilisés et périmés.</p>
<p>Examiner la cause du coût élevé de la chimiothérapie – l'industrie détermine le coût extrêmement élevé – il est fixé unilatéralement – il y a un manque d'esprit critique et de surveillance</p>
<p>PET : quid des indications non remboursables, des appareils non programmés ? Critères plus rigides pour le remboursement, par exemple, en cas de mélanome, uniquement à partir de T2 et pas d'autres examens (vérifiable) ; limiter PET à ce qui est plus ou moins « evidence based » (il y en a très peu) : uniquement re-pet en cas d'indications curatives : lymphome (H et NH) et thérapie pré-opératoire en cas de tumeurs solides, jamais en tant que suivi standard en cas de tumeurs solides métastatiques</p>
<p>Remboursement des produits pharmaceutiques sur la base d'analyse Qaly et ICER</p>
<p>Supprimer les indications et règles dépassées à propos de la prescription d'analyses labo.</p>
<p>Publication obligatoire d'études qui n'ont pas eu l'effet annoncé</p>

### Commentaire d'Initera

Avec 103 idées, « Technologie, innovation et rapport coût-efficacité » est un thème non négligeable. Le concept « Technologie » comprend les médicaments, les implants/dispositifs, les produits médicaux, les appareils plus lourds (scanners, rayons, etc.), les tests diagnostiques, le télémonitoring, les nouvelles applications i-pad pour les soins autonomes, etc. Au cours des années écoulées, de nombreux efforts ont déjà été consentis pour boucler le budget avec une politique plus strictes en matière de médicaments. En outre, les nouvelles applications d'implants, télémonitoring, etc. reçoivent de moins en moins la chance de représenter une plus-value éventuelle pour la santé du patient, simplement parce que « le budget est épuisé ».

Nous ne plaidons pas pour tout intégrer dans l'assurance maladie générale, mais les restrictions budgétaires ne peuvent pas entraver l'innovation, dont nous avons largement récolté les fruits au cours des 100 années écoulées. Sans la technologie indispensable, nous mourrions maintenant par poignées à un

âge relativement jeune. À la lumière du changement technologique qui se profile à l'horizon, peu d'entre nous ne permettraient pas à la population de profiter de ces innovations.

Nous nous retrouvons de plus en plus dans une situation où les riches peuvent se permettre les dernières nouveautés en matière de soins, alors que ce n'est pas le cas des personnes ayant moins de moyens. L'objectif fondamental de l'assurance maladie générale ne peut pas être mis en péril.

Par contre, nous voulons uniquement rembourser la technologie qui a un bon « rapport coût-efficacité » : avec une plus-value considérable pour la santé et un coût acceptable pour la société. Sur ce point, une politique plus systématique peut être menée pour orienter, sur une base objective, l'intégration d'une nouvelle technologie dans le remboursement, sans impact de groupes d'intérêts, des médias et sans intervention politique.

Lorsque la technologie est remboursée, nous pouvons demander une garantie plus ferme que l'effet positif se manifeste chez le patient. Une telle « garantie ou pas de paiement » a déjà été testée au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et aux États-Unis, mais n'existe pas encore chez nous. En même temps, les technologies remboursées, mais dépassées (parce qu'il existe de meilleures alternatives) devraient immédiatement être exclues du remboursement. De nombreux acteurs de l'industrie concernée sont même demandeurs, afin de pouvoir libérer un peu d'espace pour le remboursement de choses qui importent réellement. Si les commissions compétentes n'assument pas suffisamment cette tâche, les responsabilités doivent être déplacées.

À l'expiration du brevet d'une technologie, la concurrence doit être stimulée dans la mesure du possible en conformité avec le marché obtenir les prix les plus bas. Les mesures substitutives instaurées l'année dernière peuvent être élargies et renforcées à cet effet. En tant que pouvoir public, il convient de suivre une seule stratégie cohérente au lieu de laisser 10 mesures différentes perturber le marché.

Les participants à l'étude soulignent un aspect important dans ce thème qui n'a pas été suffisamment corrigé jusqu'à présent. Le comportement de prescription des prestataires de soins est évidemment très déterminant au niveau de la mesure dans laquelle la technologie est appliquée avec la plus grande efficacité. Le renforcement ou le remplacement du fonctionnement des commissions de profils en tant qu'organes de contrôle, la généralisation de la prescription selon le nom de la matière au lieu de la marque, etc. peuvent avoir un effet positif sur l'efficacité, grâce aux prix inférieurs, aux volumes plus faibles et aux frais évitables réduits à long terme en conséquence d'une amélioration de la qualité.

Enfin, nous soulignons que l'« innovation » peut également s'exprimer par des concepts innovants de soins, par exemple la manière de construire et d'organiser les soins aux personnes âgées. À ce niveau, les pouvoirs publics établissent de nombreuses projets qui, espérons-le, se traduiront rapidement dans le secteur dans sa totalité. Comme l'illustrent les participants avec certaines idées concrètes dans ce thème, il sera possible en 2013 d'économiser jusqu'à 50 millions d'euros sur la technologie. Nous espérons que

certaines recommandations à long terme seront également suivies. En effet, l'inspiration à court terme se réduit chaque année.

## Modèle de soins et gestion du système

### Citations

Créer des « units of care » : des cercles (type médecin généraliste) où les soins de première et de deuxième ligne coïncident avec des incitations aux soins intégrés
Définition des points forts : chaque hôpital ne doit pas tout pouvoir proposer, mais ce qui est proposé doit être de grande qualité
Désignation de centres de référence de pointe pour la prise en charge de personnes atteintes de maladies complexes (Parkinson...)
Une (super-)spécialisation plus ciblée par clinique ou hôpital, au niveau régional ou national (et pas nécessairement universitaire) : par ex. 1 ou 2 établissement « superspécialisés » en oncologie, en particulier en pathologies chirurgicales abdominales ou cardiaques, et où les « meilleurs » spécialistes dans ce domaine précis travaillent en équipe. Cela permet d'économiser du temps, de l'énergie, etc. en démarches inutiles dans les établissements moins spécialisés. Cela permettrait dès lors de concentrer davantage les appareils coûteux dans certains hôpitaux (un peu comme aux États-Unis, par exemple pour le Wills Eye hospital)
Chaque zone/cercle de médecine générale agréé(e) reçoit une structure de coordination payée qui chapeaute au moins les éléments suivants : poste de garde, soutien des soins de qualité, développement de soins transmuraux.
Organiser des soins intégrés (semi-ambulatoires) pour les personnes souffrant d'une maladie chronique afin de reporter le plus possible les soins résidentiels.
Décompartmentalisation des soins
Obliger radicalement la concentration des soins très spécialisés dans des centres de compétences, indépendamment de la langue/couleur politique/affiliation/province/...
Stimulants pour l'intégration de la deuxième et de la première ligne : indicateurs, incitants financiers
Socialisation des soins à domicile via une revalorisation des soins autonomes et de l'action médico-sociale. Via des plates-formes numériques. Via des réseaux alternatifs et des centres de service pour soins à domiciles complémentaires.

### Commentaire d'Itinera

Avec 220 idées, le thème « Modèle de soins et gestion du système » est peut-être l'un des thèmes les plus surprenants de cette étude. En effet, il est frappant de voir combien les participants sont prévoyants à ce propos, y compris de nombreux médecins et membres de la direction d'organisations de soins. En même temps, bon nombre d'entre eux plaident pour des mesures parfois assez draconiennes auxquelles on ne s'attendrait pas directement pour leur intérêt ; surtout pas si l'on tient compte de la liberté dont les médecins peuvent par exemple faire preuve aujourd'hui dans leur comportement. Lorsque les médecins-spécialistes et les directions, dans les soins aigus, demandent que les soins soient dirigés de manière plus

concluante, c'est pour le moins surprenant. Les instruments qui sont cités dans ce cadre comprennent : les fusions & accords de coopération, l'échelonnement (obligation de consulter le médecin généraliste avant de chercher des soins spécialisés), l'introduction de centres de référence, le renforcement et l'extension des trajets de soins, la constitution de réseaux transmuraux avec la première ligne, le développement de formes alternatives de soins et d'habitat, les limites géographiques, les postes de garde de médecine générale, la création de cercles de soins de 1re ligne et 2e ligne ensemble, la gestion de cas, la réduction du nombre d'hôpitaux, de lits et/ou de la durée d'hospitalisation, infrastructures moins coûteuses pré et post soins aigus (y compris pour l'accueil social), etc.

Nous avons de l'expérience avec certains de ces instruments, et beaucoup moins avec d'autres. Ce sont surtout la constitution de réseaux/cercles transmuraux au niveau local, les centres de référence et infrastructures pré/post soins aigus qui pourraient soutenir dans une large mesure le modèle de soins intégré de l'avenir. L'exemple du réseautage BPCO en Norvège peut servir d'illustration à ce propos. Le patient y est suivi par le médecin généraliste dans un réseau ambulatoire dont font également partie le spécialiste et d'autres professionnels. La question de savoir si une consultation du spécialiste se justifie est déterminée par un instrument de score objectif. Il en va de même pour les autres renvois et une éventuelle hospitalisation. Cela contraste violemment avec l'intuition et l'aspect émotionnel dont la présence est encore dominante dans notre système de soins. L'hospitalisation aiguë est de courte durée, mais est précédée et suivie par une prise en charge éventuelle dans des infrastructures moins coûteuses. Soulignons qu'en Norvège, les généralistes gagnent beaucoup plus d'argent que les spécialistes qui travaillent dans un hôpital. Parfois, nous trouvons notre système de soins actuel en Belgique trop évident.

Une modification du modèle de soins entraînera-t-elle une économie ? Peut-être à terme, mais il faudra une période transitoire de 5 à 10 ans. Il est donc temps de s'y mettre. Le consensus à propos de ce à quoi le modèle de soins doit ressembler est en train de se cristalliser.

## Glissement des soins

### Citations

Meilleures collaboration et coordination entre la première ligne et la deuxième ligne en ce qui concerne les services de garde et d'urgence et réalisation d'une « médecine intégrée ». Dans ce cadre, nous nous attardons en priorité aux initiatives qui soutiennent les soins à domicile, en mettant l'accent sur la collaboration et la concertation entre les acteurs des soins (via des circuits de soins, des réseaux, etc.)

Il faut créer d'urgence des infrastructures rés. supplémentaires : maisons de repos, résidences service, habitations d'assistance, accueil de jour, court séjour...

Responsabilisation des personnes âgées en vue d'une plus grande autonomie avec des moyens d'aide adaptés (remboursement : location lève-personnes de plafond, liaison numérique avec MRS, adaptation de logement...)

Revaloriser les médecins généralistes et les utiliser efficacement comme personnes orientant les patients

Suppression de la répartition rigide des centres de services et de soins résidentiels (les deux établissements doivent maintenant constituer une entité physique distincte dans le bâtiment, et ce, contrairement au décompartmentalisation des soins)
Revalorisation d'une série de prestations chirurgicales en hôpital de jour et dévalorisation simultanée en hospitalisation classique
Fusion des soins aux personnes âgées à domicile et résidentiels en une organisation. Obligation de faire accompagner les profils non MRS par le volet soins à domicile.
Développement des soins de santé mentale ambulatoires
Déplacer les moyens libérés de « cure » vers « care » (des hôpitaux vers les soins résidentiels aux personnes âgées)
Étendre le décret sur l'aide résidentielle aux services de soutien des soins à domicile : « ouvrir les murs des MRS » afin de pouvoir offrir des soins sur mesure aux MRS via la prestation de service comme SOUTIEN AUX SOINS À DOMICILE. Ensuite, il faudrait adapter le financement. Le vieillissement et la « vision » du public vieillissant nécessiteront une autre législation (~politique d'immobilisation ~services fermés~...). Certaines personnes préfèrent rester chez elles. D'autres préfèrent aller dans un CSR, indépendamment d'un score KATZ et/ou d'un problème de démence.

### Commentaire d'ltinera

Les 66 idées sur le glissement des soins correspondent bien au thème « Modèle de soins et gestion du système ». Dans un premier temps, le glissement des soins résidentiels vers les soins à domicile constitue l'élément central. Cependant, comme le KCE l'a par exemple déjà calculé pour les soins aux personnes âgées, les soins résidentiels et les soins à domicile devraient augmenter d'un tiers durant les dizaines d'années à venir. Même si nous parvenons à appliquer un glissement plus poussé, cela ne réduira pas la demande de soins résidentiels, bien au contraire. Les hôpitaux resteront également très occupés, comme le savent par exemple très bien les diabétologues. Le glissement s'inscrit donc dans le cadre d'une approche « et et » plutôt que d'une approche « ou ou ». Des formes intermédiaires alternatives seront indispensables dans les soins généraux, les soins aux personnes âgées et les soins de santé mentale. À ce niveau, nous sommes en retard sur les autres pays. Nous nous enlisons encore trop facilement dans la discussion visant à savoir qui peut en assurer l'organisation (de préférence, une initiative horizontale commune). Nous pouvons déjà tirer les leçons de projets tels que le réseautage sur la base de l'article 107. Enfin, ces alternatives doivent également être en équilibre sur le plan financier. Les politiciens doivent avoir le courage de déplacer suffisamment de moyens financiers à cet effet (par exemple, à partir d'applications VIPA inefficaces dans les soins aux personnes âgées, de l'excès de prise en charge résidentielle dans les soins de santé mentale, etc.).

## Autres

### Citations

Assurer la possibilité d'une équitable concurrence entre les établissements
---

Pas d'examens médicaux inutiles et insensés ni prestations en fin de vie (chez les personnes très âgées). Pas de prolongement de la vie si aucune amélioration réelle ni garantie d'une qualité supérieure ne peut être offerte. Les gens ne demandent pas à être maintenus en vie coûte que coûte
Achats groupés par des groupes d'hôpitaux
Part accrue des conditionnements plus grands pour les soins chroniques
Biologie clinique, imagerie médicale : mentionner le coût INAMI et la part du patient sur chaque protocole
Coût du circuit pour les invalides de guerre et SNCB, intégration dans AMI
Soumettre les centres de diagnostic aux mêmes critères de qualité que les cliniques
UNIFORMISER LES OBLIGATIONS EN FONCTION DES SECTEURS CAR ACTUELLEMENT, LES CPAS PEUVENT SE PERMETTRE DES CHOSES INTERDITES AU PRIVÉ OU REÇOIVENT DES SUBSIDES EN PLUS QUE LE PRIVÉ
Détermination d'un cadre judiciaire relatif aux plaintes, si bien que les examens défensifs disparaissent
Supprimer les subsides VIPA et les réinvestir dans les soins

### Commentaire d'itinera

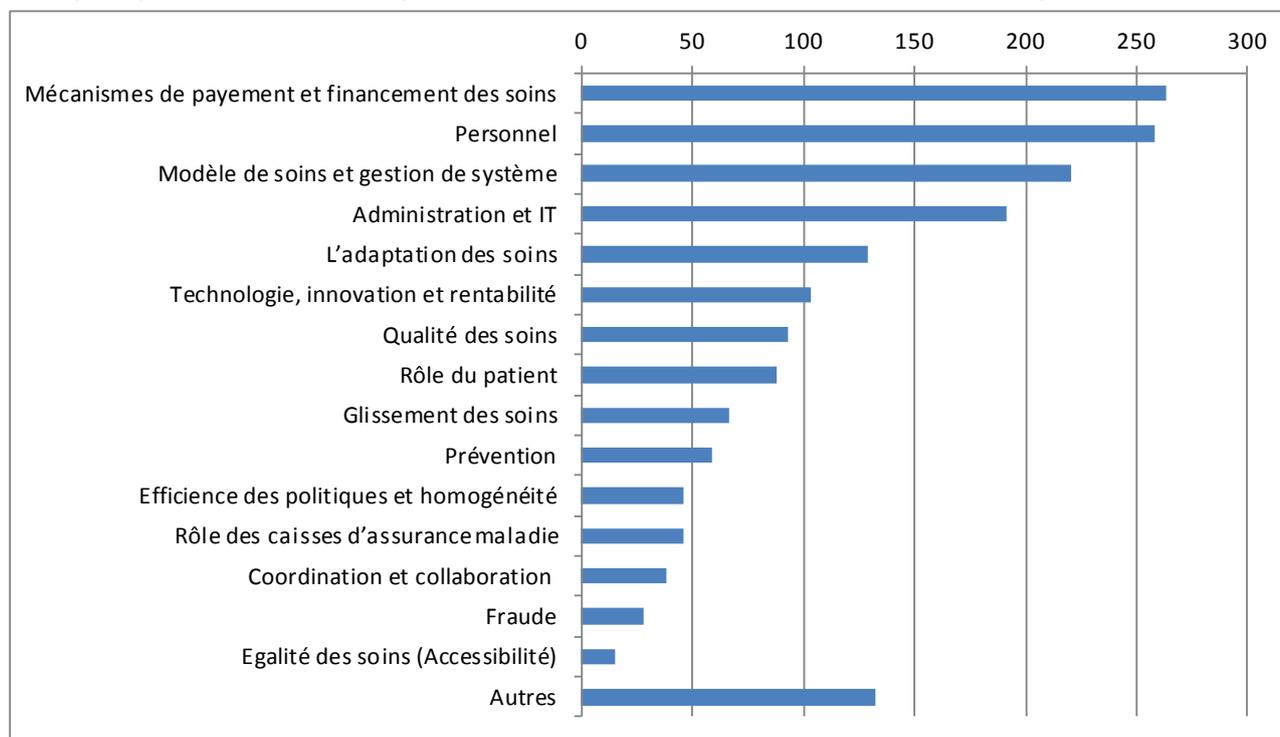
Il y a encore de nombreuses idées qui sont intéressantes, mais qui sont difficiles à cataloguer dans un thème global. Un exemple est la révision des subsides VIPA pour les nouvelles constructions dans les soins aux personnes âgées, car cela encourage l'inefficacité. Ces moyens devraient plutôt être ajoutés par les pouvoirs publics au prix journalier, en fonction de la dépendance des soins, afin de supprimer l'effet pervers sur le prix de la construction. D'autres domaines intéressants sont l'achat efficace de produits médicaux, la politique d'emballage des médicaments et produits, le lancement d'un statut unitaire, la création d'un régime de responsabilité alternative, un débat efficace sur les soins en fin de vie et l'élargissement des critères de qualité aux spécialistes qui ont uniquement une pratique ambulatoire.

## Conclusion

Les idées provenant du secteur et les thèmes avancés dans l'étude Itinera témoignent d'un grand courage et d'un large sens des responsabilités du secteur. D'une manière assez surprenante, bon nombre de participants provenant de toutes les catégories ont émis des idées centrales qui sont contraires à leur propre intérêt financier à court terme. Il va sans dire que nous trouvons ici et là un réflexe d'autoprotection, mais il s'agit d'une minorité. Nous pouvons en conclure que le secteur a une vision proactive de l'avenir, avec des idées positives sur le gain d'efficacité et les économies possibles. À court terme, une économie de 283 millions d'euros peut être réalisée dans les soins en 2013. Cependant, la grande majorité des idées et commentaires est axées sur des réformes fondamentales et structurelles qui engendreront beaucoup plus et qui créent le véritable espace pour conserver des soins de qualité et financièrement abordables. À juste titre, 74 % des participants indiquent que les moyens qui, par conséquent, peuvent être déplacés au sein des soins de santé doivent rester les mêmes. 40 % souhaitent que les acteurs reçoivent une partie des économies qu'ils ont réalisées en tant que rémunération et incitant à l'investissement positif. Cette piste stimulante doit être examinée plus en détail.

C'est maintenant aux décideurs politiques de ne pas consacrer uniquement leur énergie aux négociations budgétaires. Des démarches osées, mais essentielles, doivent être entamées dès maintenant. Curieusement, le nombre d'idées par thème correspond aux priorités qu'Itinera accorderait également (voir graphique). Pour certains thèmes tels que « Personnel » et « IT », les pouvoirs publics ont déjà des projets concrets. D'autres thèmes tels que les « Mécanismes de paiement » et le « Modèle de soins » doivent être mis d'urgence à l'ordre du jour.

Graphique : Priorités exprimées en nombre d'idées du secteur par thème



Pour une croissance économique et une protection sociale durables