

# Table des matières

## **Financement et organisation des hôpitaux : un état des lieux à la veille d'une réforme** 11

*Benoît BAYENET et Maxime FONTAINE*

I.	Introduction	11
II.	Une répartition complexe des compétences en matière de santé en Belgique	13
III.	Constats et comparaisons européennes	19
IV.	Structure de l'ouvrage	27
	IV.1. Une organisation et un financement complexes	27
	IV.2. Les finances hospitalières à l'épreuve de la crise sanitaire	29
	IV.3. Une organisation de l'hôpital qui doit tenir compte du fait régional	31
	IV.4. Des perspectives pour l'avenir	32

## **La répartition des compétences concernant la politique hospitalière** 35

*Jeroen VAN NIEUWENHOVE*

I.	Introduction	35
II.	Principes généraux	36
III.	Les normes (d'agrément) pour les hôpitaux et leur application	37
	III.1. La « législation organique » en tant que réserve de compétence fédérale	37
	III.1.1. « Règles de base et lignes directives » de la loi sur les hôpitaux	37
	III.1.2. Explication et restriction par la sixième réforme de l'État	39
	III.2. Application pratique	41
	III.3. Contrôle de l'impact budgétaire des normes d'agrément des communautés	44
	III.4. Les agréments individuels et la procédure d'agrément	46
IV.	Le financement des hôpitaux	48
	IV.1. Le financement de l'exploitation	48
	IV.1.1. Principes	48
	IV.1.2. Délimitation vis-à-vis des compétences communautaires	49

IV.2.	Le financement de l'infrastructure	51
IV.3.	Financement par l'assurance maladie et invalidité	52
IV.4.	Coopération entre l'autorité fédérale et les communautés	54
<b>V.</b>	<b>Programmation des hôpitaux</b>	<b>54</b>
V.1.	Règles de base relatives à la programmation	54
V.1.1.	Principe	54
V.1.2.	Répartition des critères de programmation fédéraux en fonction des communautés	55
V.2.	Programmation supplémentaire par les communautés	56
<b>VI.</b>	<b>La désignation des hôpitaux universitaires</b>	<b>58</b>

## **Les grands axes de la législation hospitalière** 61

*Sarah BEN MESSAOUD, Mathilde COEFFÉ et Céline POUPPEZ*

<b>I.</b>	<b>Introduction</b>	<b>61</b>
<b>II.</b>	<b>Les éléments principaux de la définition de l'hôpital</b>	<b>63</b>
II.1.	L'hôpital est un lieu organisé de façon pluridisciplinaire qui propose des soins spécialisés à des patients	63
II.2.	L'hôpital exerce une mission d'intérêt général	65
II.3.	L'hôpital collabore au sein d'un réseau	66
<b>III.</b>	<b>Les principaux outils de la politique hospitalière</b>	<b>67</b>
III.1.	La programmation hospitalière	68
III.1.1.	Évolution de la programmation hospitalière	68
III.1.2.	Définition des critères de programmation à un échelon national	69
III.1.3.	La programmation des lits hospitaliers	70
III.1.4.	Le dépassement de la programmation	72
III.1.5.	La programmation : un outil pour le futur ?	73
III.2.	L'agrément	74
<b>IV.</b>	<b>Les principes généraux de la gestion hospitalière</b>	<b>76</b>
IV.1.	La gestion distincte de l'hôpital	76
IV.2.	Le gestionnaire et le directeur	77
IV.3.	Le médecin-chef et les médecins-chefs de service	78
IV.4.	Le staff médical et le conseil médical	81
IV.5.	L'activité infirmière	84
<b>V.</b>	<b>Conclusion</b>	<b>85</b>

<b>Vingt ans de réformes du financement hospitalier en Belgique : analyse et bilan</b>	87
<i>Françoise DE WOLF, Anne HENDRICKX et Jean-Marc LAASMAN</i>	
<b>I. La réforme de 2002 et l'introduction de la notion « d'activités justifiées » dans le calcul du Budget des moyens financiers</b>	88
I.1. Contexte et historique	88
I.2. Les principes de la réforme	89
I.3. Calcul des budgets hospitaliers sur base de « l'activité justifiée »	90
I.3.1. Calcul de l'activité justifiée par hôpital	90
I.3.2. Calcul du Budget des moyens financiers de l'hôpital sur base des « lits justifiés »	92
I.4. Discussion	93
I.4.1. Les avantages	94
I.4.2. Les désavantages	94
<b>II. La forfaitarisation des médicaments délivrés aux patients hospitalisés</b>	95
II.1. Contexte et historique	95
II.2. Les principes de la réforme	96
II.3. La forfaitarisation en détail	96
II.3.1. Les médicaments et les séjours concernés	96
II.3.2. Modalités de calcul du forfait	97
II.3.3. Gains et pertes pour les hôpitaux	98
II.3.4. Discussion	99
<b>III. La forfaitarisation des honoraires des soins à « basse variabilité »</b>	101
III.1. Contexte et historique	101
III.2. Principes du financement groupé des soins à basse variabilité	101
III.3. Modalités pratiques du financement groupé des soins à basse variabilité	102
III.3.1. Le forfait par admission	102
III.3.2. Facturation à l'acte	102
III.4. Discussion	102
III.4.1. Évolution des pratiques ?	102
III.4.2. Utilisation d'une nomenclature obsolète	103
III.4.3. Faible partie de l'activité hospitalière	104
III.4.4. Objectif de simplification administrative manqué	104
III.4.5. Implications sur la gestion	104
III.4.6. Occasion manquée de modifier fondamentalement les pratiques en matière de suppléments d'honoraires	104
III.4.7. Perspectives	105
<b>IV. Conclusion</b>	105

<b>Le paysage hospitalier et les réseaux d'hôpitaux</b>	107
<i>Alain DE WEVER</i>	
<b>Le Budget des moyens financiers des hôpitaux : de son fonctionnement actuel aux perspectives d'avenir</b>	
<b>Regard critique sur l'un des remparts contre les crises</b>	125
<i>Annick PONCÉ</i>	
<b>I. Introduction</b>	125
<b>II. Préambule</b>	126
<b>III. Contexte et historique</b>	128
III.1. Généralités	128
III.2. Un court historique du BMF	129
III.3. Les principes fondamentaux du système BMF	131
<b>IV. Financement</b>	132
IV.1. Que finance-t-on dans le BMF ?	132
IV.2. Couverture des coûts et sous-parties	133
IV.3. Comment finance-t-on ?	134
IV.4. Les calculs, et quelques critiques et paradoxes	136
IV.4.1. Transparence ?	136
IV.4.2. Budget affecté et contrôle versus liberté de gestion ?	137
IV.4.3. Système moderne actualisé ou système archaïque ?	138
IV.4.4. Le sous-financement : mythe ou réalité ?	139
IV.4.5. Moyenne nationale et durée de séjour « <i>evidence based</i> » ?	139
IV.4.6. Thermomètre, baromètre et calendrier : RHM et NRG ?	140
IV.4.7. Durée réduite et soins de qualité ?	141
IV.4.8. Le financement des services d'urgence induit-il leur engorgement ?	142
IV.4.9. Service Sp : une échappatoire aux durées de séjour ou une vraie politique de revalidation, des Sp justifiés et un financement qui permet le séjour prolongé ?	144
IV.4.10. Travailler plus pour gagner moins ?	145
<b>V. Conclusions</b>	145
<b>VI. Quelques chiffres : aperçu global du financement hospitalier</b>	146
<b>Remerciements</b>	153

<b>La nomenclature dans le financement des hôpitaux</b>	155
<i>Pol LECLERCQ et Magali PIRSON</i>	
<b>I. Introduction</b>	156
I.1. La nomenclature ou les nomenclatures : une clarification nécessaire	156
I.2. La place de la nomenclature des prestations médicales (NPS INAMI) dans le financement des hôpitaux belges	157
I.2.1. Nomenclature et budget des moyens financiers (BMF)	157
I.2.2. Nomenclature et honoraires médicaux	159
<b>II. Présentation de la nomenclature des soins de santé</b>	164
II.1. Description	164
II.2. Élaboration et mise à jour de la nomenclature	166
II.3. L'utilisation de la nomenclature des prestations de santé	166
II.4. Quelques données statistiques et financières	168
<b>III. Un regard critique et des essais de modernisation</b>	169
III.1. Acte de naissance de la nomenclature des soins de santé	169
III.2. Quelques étapes marquantes dans l'évolution de la nomenclature des soins de santé	170
III.3. Un outil à usage multiple comportant des points forts et des faiblesses	170
III.4. Les tentatives (avortées) de modernisation	172
III.4.1. Étude ULB/KUL 1993-1996	172
III.4.2. Le Comité pour l'examen permanent de la nomenclature des prestations de santé	174
III.4.3. Étude comparative internationale de la classification et de la rémunération des prestations médicales	175
III.4.4. Critical reading of the Belgian nomenclature of health benefits as a public policy tool : purposes and possible new directions	175
III.5. Les clusters à basse variabilité de la Ministre De Block (2015-2019)	176
<b>IV. La réforme structurelle en cours</b>	178
IV.1. La prise de décision	178
IV.2. Le plan pour une réforme structurelle de la nomenclature des actes médicaux	179
IV.3. La phase en cours de réalisation	180
IV.4. Le contour général des phases suivantes	181
IV.4.1. La nomenclature d'honoraires professionnels	181

IV.4.2.	La nomenclature des frais de fonctionnement liés aux actes médicaux	182
V.	Conclusion	183
	<b>Honoraires médicaux et financement hospitalier</b>	187
	<i>Philippe DEVOS</i>	
I.	Mode de financement des actes médicaux	187
I.1.	Le paiement à l'acte	187
I.2.	Le paiement forfaitaire	188
I.2.1.	Capitation	188
I.2.2.	Par journée	189
I.3.	L'avenir	189
II.	Modes de rémunération des médecins hospitaliers	189
II.1.	Salariat	190
II.2.	Indépendant rémunéré à la prestation	190
III.	Suppléments d'honoraires	191
IV.	Rétrocessions/Prélèvements sur honoraires : au-delà de la sémantique	194
IV.1.	Généralités	194
IV.2.	Différences régionales	196
IV.3.	Impact dans le management de la rétrocession	196
IV.4.	Publicité du taux de rétrocession	197
IV.5.	Les mécanismes de solidarités : minimex, garde	200
V.	La réforme	200
V.1.	Réforme des actes techniques	202
V.1.1.	Partie frais de fonctionnement	203
V.1.2.	Partie rémunération médicale	203
V.2.	Des actes de consultations	204
V.3.	Des actes médicotechniques	205
VI.	Conclusions	206
	<b>Les infrastructures hospitalières mises au défi par la sixième réforme de l'État</b>	209
	<i>Denis HENRARD et Yolande HUSDEN</i>	
I.	De l'importance du passé	210
I.1.	Le BMF	212
I.2.	Les calendriers de construction	212

II.	<b>De l'importance de la transition...</b>	214
II.1.	Les charges du passé	214
II.2.	Le niveau de vétusté	214
III.	<b>La consolidation des investissements</b>	215
IV.	<b>Une démarche similaire, mais une approche différente</b>	216
IV.1.	La subsidiation annuelle en Flandre	216
IV.1.1.	Les forfaits	216
IV.1.2.	Indexation et charges d'intérêt	219
IV.1.3.	Lien avec le précédent mécanisme de financement	219
IV.2.	Le prix d'hébergement en Wallonie et en Fédération Wallonie-Bruxelles	220
IV.2.1.	Le calcul du prix d'hébergement	221
IV.2.2.	Budgets	224
V.	<b>Le pari des entités fédérées</b>	225
	<b>L'élaboration d'un budget hospitalier</b>	227
	<i>Philippe DEHASPE</i>	
I.	<b>Le budget</b>	227
I.1.	Introduction	227
I.2.	Le budget	228
I.2.1.	Le budget d'exploitation	228
I.2.2.	Le budget d'investissement	229
I.2.3.	Le budget des opérations financières	229
I.2.4.	Le budget de trésorerie	229
II.	<b>Le cycle budgétaire</b>	230
III.	<b>L'établissement du plan détaillé pour l'année à venir : le budget</b>	235
III.1.	Le budget d'exploitation	235
III.1.1.	Informations communes à tous	235
III.1.2.	Les recettes	235
III.1.3.	Les charges	239
III.1.4.	Le résultat d'exploitation	242
III.2.	Le budget d'investissement	243
III.3.	Le budget des opérations financières	244
III.4.	Le budget de trésorerie	244
IV.	<b>Le suivi du budget</b>	245
V.	<b>Le budget en pratique</b>	246

<b>VI. Développement du financement de l'hôpital et défis pour l'établissement d'un budget hospitalier</b>	248
VI.1. « Réorganisation du paysage des soins de santé/nouveau concept d'hôpital »	249
VI.2. « Réforme du financement des hôpitaux »	249

## **La gouvernance hospitalière : une complexité croissante, multiple et sous-estimée** 251

*Stéphane RILLAERTS*

<b>I. Introduction</b>	251
<b>II. La structure de gouvernance de l'hôpital belge</b>	252
II.1. La nature du produit hospitalier	252
II.2. L'hôpital, entreprise productive	252
II.3. Le statut médical et la liberté thérapeutique	253
II.4. Le Conseil médical	254
II.5. Les hiérarchies professionnelles	255
<b>III. Le pseudo-marché des soins en Belgique</b>	256
III.1. Le caractère non lucratif	257
III.2. L'organisation concurrentielle	258
III.3. Le caractère public ou privé	258
III.4. Le système de financement	259
<b>IV. Les facteurs liés à l'activité</b>	260
IV.1. Le recrutement des professions protégées	260
IV.2. La continuité des soins et les normes d'encadrement	261
IV.3. La gestion des crises	262
IV.4. Le médicament	262
IV.5. L'informatique	263
<b>V. Concurrence ou collaboration ? Un débat paradoxal</b>	263
V.1. Les collaborations : gain d'efficacité ?	263
V.2. Les conséquences perverses	264
V.2.1. Structurer les collaborations : un Sisyphe pas si heureux	264
V.2.2. Un financement inadapté	265
V.2.3. Collaborations publiques/privées : quel cadre ?	265
<b>VI. Une gouvernance professionnelle pour de meilleurs soins</b>	266
VI.1. Des lois adaptées	266
VI.2. Une réforme du financement pour des moyens plus abondants et plus libres	267
VI.3. Une politique incitative plus globale et plus confiante	267



<b>Quelles sont les conséquences d'un transfert de la compétence relative au financement des hôpitaux aux entités fédérées ?</b>	269
<i>Benoît BAYENET, Maxime FONTAINE et Thomas MURPHY</i>	
I. Introduction	269
II. Les soins de santé et les soins hospitaliers dans la Belgique fédérale	270
II.1. La répartition des compétences en soins de santé	271
II.2. Le financement des hôpitaux	273
II.2.1. Le BMF	273
II.2.2. Les honoraires médicaux	275
II.2.3. Les produits pharmaceutiques	276
II.2.4. Les forfaits INAMI	276
II.3. Les revendications sur le transfert potentiel de nouvelles compétences aux entités fédérées en matière de soins de santé	277
III. Un système de soins de santé interconnecté	280
IV. Conséquences d'un nouveau transfert de compétences	282
IV.1. Le financement des infrastructures hospitalières prévu dans la sixième réforme de l'État	283
IV.1.1. Le montant de base de la dotation	284
IV.1.2. L'évolution de la dotation	286
IV.1.3. Les charges du passé	286
IV.2. Conséquences du transfert de nouvelles compétences en matière hospitalière	286
IV.2.1. Méthodologie	287
IV.2.2. Résultats	288
<b>L'Hôpital belge en 2030</b>	295
<i>Guy DURANT</i>	
I. Les dépenses en soins de santé poursuivent leur progression	296
II. Le paysage hospitalier a été bouleversé	297
III. Le pouvoir régulateur est toujours éclaté et les mutuelles sont en pleine transformation	299
IV. Les hôpitaux ont poursuivi le développement d'une gouvernance professionnelle	301
V. La médecine hospitalière est plus efficace et s'est élargie	301

VI. Le patient est acteur de ses soins	303
VII. Les données médicales, la transformation digitale des soins et l'intelligence artificielle font partie intégrante de la relation thérapeutique	304
VIII. Les ressources humaines ont rencontré de nombreux défis	305
IX. Le financement a été transformé	307
X. Conclusion	310
<b>COVID-19 et échec de la « machine à soigner »</b>	313
<i>Frédéric PIERRU</i>	
I. Introduction	313
II. Une planification contrariée par le managérialisme	316
III. La politique hospitalière sous l'étouffoir budgétaire	320