

SPF SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 08/02/2024

Direction générale Soins de santé

CONSEIL FÉDÉRAL DES
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Réf. : CFEH/D/601-3 (*)

Avis BMUC

Au nom de la Présidente du CFEH,
Margot Cloet

Sabine Stordeur
Directrice générale

(*) Le présent avis a été approuvé par la plénière le 08/02/2024 et ratifié par le Bureau à cette même date

Par la présente, le CFEH souhaite exprimer son avis en réponse à la demande d'avis du ministre Vandembroucke en date du 22 novembre 2023 concernant le financement du BMUC. Cette demande d'avis ne nous est parvenue que quelques mois après sa signature par le ministre, ce qui a limité le temps disponible pour la rédaction de cet avis. Le CFEH a déjà émis plusieurs avis sur le financement du BMUC, dont le dernier est l'avis 577-2 du 9/3/2023.

1. Situation de la question

Dans cette demande d'avis, le ministre propose un mécanisme de financement modifié pour soutenir la numérisation des hôpitaux. Pour la période 2024-2025, ce mécanisme est largement basé sur les critères belges Meaningful Use tels qu'établis en 2016. Après 2025, l'approche passera d'une amélioration permanente des fonctionnalités correspondantes à une approche basée sur une priorisation annuelle et une mise à l'échelle des projets pilotes existants. Les hôpitaux jouent un rôle central dans le système de soins de santé d'aujourd'hui et de demain. La capacité de la Belgique à se maintenir au niveau des systèmes de soins de santé les plus performants au monde dépendra en grande partie de la capacité des hôpitaux belges à suivre le rythme de la numérisation.

2. Poursuite du programme d'accélération DPE

Le contexte actuel n'est pas favorable aujourd'hui. Malgré son importance, le budget alloué aux hôpitaux par le biais du BMF ne représente qu'une fraction du coût total de la numérisation dans les hôpitaux. Chaque année, les TIC figurent en tête de liste des besoins budgétaires, et chaque année, les hôpitaux doivent faire face à des coûts en forte hausse. Cependant, hormis une intervention unique de 40 millions d'euros, bienvenue et très appréciée, le financement des TIC est resté inchangé. Alors que la numérisation du monde environnant se fait à un rythme de plus en plus rapide, les hôpitaux doivent maintenir un rythme beaucoup plus modeste. À terme, cela crée un fossé non seulement avec les autres systèmes de soins de santé, mais aussi avec les patients qui comptent sur les hôpitaux pour être dans le même monde numérique qu'eux. En d'autres termes, l'ambition ne devrait pas seulement être de changer le mécanisme de financement, mais aussi d'augmenter de manière significative les investissements dans la numérisation. C'est le seul moyen de faire suffisamment de place à l'innovation et à la puissance numérique envisagées par le ministre.

Répartition entre les hôpitaux généraux et les autres hôpitaux

Comme le reflète également l'avis 577-2, le CFEH préconise d'utiliser la même répartition entre les hôpitaux généraux et psychiatriques pour la distribution des moyens que celle appliquée au financement du dossier électronique du patient dans le BMF du 1er juillet 2022 (ce qui diffère du ratio 84%-16% proposé par le ministre). Cela signifie que 85,5% du budget disponible sera alloué aux hôpitaux généraux (y compris les "hôpitaux généraux spécialisés") et 14,5% du budget disponible aux hôpitaux psychiatriques.

2.1 Socle

Le CFEH peut marquer son accord sur le socle proposé par le ministre, composé d'un montant fixe 10% et d'un montant variable 10%.

Toutefois, le CFEH propose de considérer le socle fixe (10 %) comme un montant par hôpital et le socle "variable" ("variable" dans le sens de satisfaire aux exigences fixées) pour moitié comme un montant par hôpital (5 %) et pour moitié comme un montant par lit justifié/agrégé¹ (5 %), ce qui laisse le montant alloué par hôpital équilibré à 15 %.

En ce qui concerne la partie variable, le CFEH peut entièrement reprendre les avis donnés dans le document 577-2 :

Toutefois, les conditions formulées aux points a) et c) ne peuvent être remplies par les hôpitaux :

a) Publication de documents via hub-metahub

Avant d'être publiés, les documents doivent être validés par le médecin traitant. Le délai de validation dépend de plusieurs facteurs et est souvent plus long que les 7 jours prévus. Le CFEH suggère de reformuler cette disposition comme suit : "mise à disposition des [documents] dans les 7 jours suivant la validation par le médecin traitant", étant entendu que les hôpitaux s'efforceront de respecter un délai minimum.

(c) La consultation d'informations de santé partagées via des hubs et des coffres forts

L'utilité de la consultation de ces sources dépend du contexte tel que la pathologie, l'urgence, la chronicité, ... (par exemple, pour un oncologue qui suit un patient dans une évolution chronique, l'utilité est faible). La qualité doit également être garantie. En outre, les hôpitaux ne peuvent pas demander aux médecins de consulter ces informations si cela n'apporte aucune valeur ajoutée. L'accent doit être mis sur la publication complète des données et sur la possibilité de les consulter. Les autres prestataires de soins de santé devraient également être invités à fournir des données de qualité.

Il convient d'ajouter ici que l'échange mentionné au point d) ne pourra avoir lieu que lorsque les outils à utiliser à cette fin seront pleinement en place, stables et utilisables dans la pratique clinique, et que les hôpitaux disposeront d'un délai suffisant pour intégrer ces outils dans leurs systèmes.

2.2 Accélérateur

La principale suggestion d'adaptation pour le financement de l'accélérateur concerne sa nature binaire. Cette suggestion a également été formulée dans l'avis 577-2. Si l'hôpital ne remplit pas le nombre de critères prédéterminés pour le noyau et le menu, il ne pourra pas prétendre au budget accélérateur correspondant. Une fois de plus, le CFEH n'est pas du tout d'accord avec cette approche binaire qui a un impact majeur sur le financement. Non seulement elle comporte des risques importants (il suffit d'une imperfection pour perdre une grande partie du financement du BMUC), mais elle prive également les hôpitaux qui ne peuvent pas atteindre cet objectif global de toute incitation à mettre en œuvre davantage de fonctionnalités. En outre, le nombre de fonctionnalités de menu requises est beaucoup trop élevé, surtout si l'on considère que la médication en circuit fermé n'est pas réalisable pour un grand nombre d'hôpitaux. Parmi les fonctionnalités de base, la majorité des hôpitaux ne seront pas en mesure de satisfaire au critère de la demande électronique de laboratoire, étant donné que les laboratoires sont actuellement confrontés à un grand nombre de changements.

Le CFEH propose donc d'allouer le budget de l'accélérateur (échelonné en fonction du nombre de lits justifiés et de lits agréés pour les services et les hôpitaux en dehors du système de lits justifiés) sur la base de l'utilisation effective par critère, avec 80 % comme limite supérieure pour les fonctionnalités de base et de menu et avec un nombre maximum de fonctionnalités de respectivement 14

¹ Les lits justifiés + les lits agréés pour les indices de lits pour lesquels des lits justifiés ne sont pas calculés, et pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1er et 2.

fonctionnalités de base et 5 fonctionnalités de menu pour les hôpitaux généraux et de 12 fonctionnalités de base et 4 fonctionnalités de menu pour les hôpitaux psychiatriques. En d'autres termes, un critère obtient la note maximale s'il est utilisé efficacement à 80 %. Dans le cas contraire, la note attribuée à ce critère diminue au prorata de l'utilisation effective. Par exemple, si l'utilisation effective est de 30 %, le score pour ce critère est de 3/8e de 100 % au lieu de 100 % (de cette manière, l'hôpital est également motivé pour mettre en œuvre des fonctionnalités pour lesquelles le seuil de 80 % est difficile à atteindre, telles que Belrai). Le score total d'un hôpital est ensuite compensé par les scores des autres hôpitaux pour l'octroi d'un financement à partir de l'enveloppe fermée. Le CFEH préconise donc que la totalité des moyens octroyés reste également allouée de manière efficace au sein du secteur.

En outre, certaines clarifications sont nécessaires en ce qui concerne les fonctionnalités. La première concerne les interactions médicamenteuses. Celle-ci a été retirée des fonctionnalités de base pour être incluse dans le menu, mais elle ne figure pas dans la liste des fonctionnalités du menu. En ce qui concerne la demande électronique d'examens de laboratoire médical, il n'est pas clair si les examens externes sont exclus. Cette fonctionnalité devrait clairement être limitée aux demandes adressées au laboratoire de l'hôpital et pour les patients hospitalisés, étant donné l'absence de protocoles pour une demande externe. Il en va de même pour les demandes d'imagerie médicale. En ce qui concerne les demandes d'avis médicaux par voie électronique, il convient de préciser que la plupart des avis médicaux sont donnés par téléphone car c'est beaucoup plus simple pour le médecin. Ce critère interfère donc avec la pratique quotidienne du médecin et devrait être revu pour l'éviter. Par ailleurs, pour certains critères, l'exigence devrait être précisée à l'existence de la possibilité. Par exemple, ce n'est pas le cas actuellement pour le critère de menu 14 (possibilité pour le patient d'ajouter directement des données par voie électronique au dossier électronique du patient), ce qui a pour conséquence que l'on dépend strictement du patient pour satisfaire à ce critère. Il en va de même pour les critères de menu 12.

Enfin, nous rappelons l'avis 577-2 selon lequel le CFEH n'est pas favorable à la généralisation de toutes les fonctionnalités du menu : après tout, il faut veiller à ce que la spécificité d'une fonctionnalité ne soit pertinente que s'il y a une valeur ajoutée effective pour le secteur concerné. Par exemple, certaines fonctionnalités du menu des hôpitaux généraux n'ont aucune pertinence pour les hôpitaux psychiatriques. Inversement, c'est le cas, par exemple, pour un critère tel que la planification des thérapies. La définition de certaines fonctionnalités reste également floue, voir l'annexe ajoutée à l'avis 577-2. On note également des incohérences (dues ou non à la traduction) dans les tableaux annexés à la demande d'avis du 22 novembre 2023.

Par rapport aux masses budgétaires dédiées à l'accélérateur, le CFEH peut marquer son accord avec les pourcentages de 70% (50% fonctionnalités de base et 20% fonctionnalités menu).

Par rapport à l'horizon 2025, le CFEH propose d'émettre un avis ultérieur en regard de la progression des divers items liés au BMUC. A ce stade le CFEH ne peut marquer son accord sur ce que la demande d'avis propose à l'horizon 2025 ou plus loin : en particulier un budget de 60% consacré à l'accélérateur menu ne serait pas acceptable.

Enfin, concernant la mesure d'atteinte des objectifs (en particulier pour les fonctionnalités de base et menu) le CFEH réfute complètement la date du 1er janvier 2024, et renvoie systématiquement vers la définition de la période de référence ci-dessous, y compris pour le BMF 1/7/2024.

Nouveau DPE

En 2024 et 2025 également, un certain nombre d'hôpitaux migreront vers un nouveau DPE, en raison de l'intégration du réseau, de l'obsolescence du DPE actuel, ou simplement abandon du programme par le fournisseur etc. Compte tenu de la transition dans laquelle se trouvent ces hôpitaux, il leur est impossible d'atteindre les mêmes performances que leurs confrères. Par conséquent, nous demandons avec insistance une exception pour ces hôpitaux sous la forme d'un mécanisme de financement alternatif ou différent. Cela permettrait également d'éviter d'autres interventions sur les logiciels de fin de vie dans le seul but d'obtenir un financement.

DMG

Dans certaines régions où une proportion importante de la population ne bénéficie pas d'une assurance maladie obligatoire et/ou d'un dossier médical global (DMG), certains hôpitaux peuvent ne pas être en mesure de respecter certaines normes, telles que la "règle des 80 %". C'est le cas, par exemple, à Bruxelles, où 32,2² % de la population n'a pas de DMG, ce qui implique que ces établissements de soins de santé sont confrontés à des défis uniques en matière de fourniture de fonctionnalités.

2.3 Lancement du Peer Review

Le CFEH reste favorable au système d'évaluation par les pairs parce qu'il permet effectivement d'obtenir des informations plus approfondies qu'en se contentant de mesurer les critères. Le principe selon lequel une partie du financement est réservée à la participation au système est également correct. Cependant, nous n'en sommes qu'au début de la mise en œuvre et il reste encore beaucoup d'incertitudes. Le CFEH profite donc de l'occasion pour indiquer un certain nombre de conditions préalables qui doivent être remplies.

- Une définition précise de la méthodologie. Les hôpitaux doivent savoir clairement ce que l'on attend d'eux, ce qu'ils peuvent eux-mêmes attendre, comment se déroulera l'évaluation par les pairs, ce qu'il adviendra des résultats, etc.
- Contraintes de personnel. De nombreux hôpitaux ne sont pas en mesure de se passer de leur personnel spécialisé, (déjà insuffisant à la base, compte tenu de la pénurie de profils sur le marché) même pour une période limitée, d'où la nécessité de minimiser l'impact sur le personnel.
- Garantie budgétaire. Le recours à une évaluation externe ne doit pas avoir d'incidence sur le budget global ; les ressources disponibles doivent pouvoir être pleinement utilisées pour la numérisation.
- Il est impératif de définir un calendrier et de prévenir suffisamment à l'avance (minimum 1 mois) les hôpitaux de ce qui est attendu de leur part afin de leur permettre de s'organiser.

2.4 Le programme d'accélération après 2025

2.4.1 Étapes de maturité

Le CFEH salue le développement d'une vision à long terme pour guider la numérisation des hôpitaux. L'importance des étapes de maturité décrites est évidente et les hôpitaux eux-mêmes demandent des

² <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/qualite-des-soins/continuite-des-soins#QC-1>

progrès substantiels à tous ces niveaux. Cependant, il est clair qu'avec l'approche décrite, le financement du BMUC est détourné d'une fonctionnalité qui est essentiellement limitée à l'hôpital vers l'échange de données avec d'autres acteurs, allant du patient à d'autres hôpitaux en passant par les soins de santé primaires. Le CFEH n'est pas du tout d'accord avec cette réorientation. Plus encore, elle affectera fondamentalement la numérisation des hôpitaux telle qu'elle a été mise en place par le BMUC. Le BMUC a conduit à une utilisation significative des capacités techniques offertes par les DPE d'aujourd'hui. Toutefois, cette utilisation s'accompagne d'un coût récurrent, actuellement couvert dans une mesure limitée par le BMUC. Bien entendu, l'intention du BMUC est d'encourager la poursuite des progrès, mais le simple financement de l'innovation n'est pas durable. Par conséquent, pour couvrir les coûts récurrents des fonctionnalités existantes, nous devons compter de plus en plus sur les médecins et les patients. Le budget TIC est déjà de loin le plus important budget pour lequel une contribution est demandée aux médecins, la volonté d'aller plus loin dans ce domaine n'est pas infinie et dépend également du contexte de chaque hôpital. Le financement des TIC ne devrait pas dépendre du contexte local (surtout si la normalisation et le partage des données sont des objectifs). La capacité de charge du patient n'est pas non plus infinie. D'où le plaidoyer pour que le financement du BMUC reste axé sur la numérisation interne de l'hôpital et continue à prendre en compte les coûts récurrents qui y sont associés et qui continuent à augmenter sensiblement chaque année.

En outre, on ne peut guère affirmer que les hôpitaux n'ont pas encore adhéré à l'agenda de la santé en ligne. Au niveau international, les hôpitaux belges ne sont certainement pas en reste en matière de partage des données. Si des progrès significatifs doivent être réalisés au cours de la période à venir, il sera important d'amener tous les prestataires de soins de santé au niveau requis, car le système n'est pas plus solide que son maillon le plus faible. Ce n'est qu'à cette condition que tous les investissements entre les différents types d'acteurs pourront être rentabilisés de manière optimale, au bénéfice du patient et du système de santé. Cela nécessitera non seulement des investissements supplémentaires de la part des autorités, mais aussi des efforts de la part de toutes les parties pour fournir des données de qualité. Cela nécessite une approche holistique et un financement supplémentaire qui reflète cette approche.

En tout état de cause, le CFEH souligne la nécessité de respecter impérativement les dispositions du RGPD dans le cadre des propositions qui seront formulées en termes de programme d'accélération au-delà de 2025, et notamment en ce qui concerne l'accès aux données des patients au sein de l'hôpital même mais également lorsqu'il s'agit de l'éventuelle mise à disposition des données pour un usage secondaire.

La demande d'avis du ministre fait également mention d'une proposition de financement après 2025, en référant à diverses notions de qualité de soins. Le CFEH ne voit pas le lien entre la question de la qualité des soins, certes essentielle, mais sans lien avec le financement du programme BMUC. Il est donc proposé de dissocier, en tout état de cause, ces éléments.

Enfin, cette même section de la demande d'avis (Financement après 2025) indique une liste de 5 fonctionnalités prioritaires publiée chaque année. Bien que l'objectif de cette liste ne soit pas défini clairement à ce stade, ni par ailleurs les modalités de constitution de cette liste (établie par qui, comment, en fonction de quels critères et en vertu de quels objectifs), le CFEH s'oppose d'emblée à toute expression de volonté qui viserait à imposer un rythme quelconque d'implémentation de ces fonctionnalités prioritaires au sein des hôpitaux sans autre considération.

2.4.2 Financement après 2024

Compte tenu des commentaires ci-dessus sur le financement des coûts récurrents, tout développement supplémentaire ne peut être encouragé que moyennant un financement suffisant. L'utilisation de projets pilotes pour tester ces développements facilitera en effet la poursuite du déploiement dans le secteur. Cependant, nous devons garder à l'esprit que les hôpitaux dépendent des capacités de leurs fournisseurs de DPE pour ce déploiement et qu'un dialogue avec ces fournisseurs concernant la faisabilité et le calendrier reste donc nécessaire. Fournir aux hôpitaux des informations en temps utile reste également une nécessité.

Fixer des priorités annuelles est également une approche logique. Après tout, il faut faire des choix et l'importance d'un développement dépend aussi de son actualité. Le CFEH demande que les hôpitaux participent au processus décisionnel pour déterminer ces priorités et leurs timelines . Cela renforce le soutien au déploiement des fonctionnalités prévues et évite que des ressources limitées soient utilisées de manière sous-optimale.

2.5 Périodes de référence

Pour la période de référence, l'avis 577-2 peut être reproduit dans son intégralité :

La proposition de prendre le premier mois après la publication de l'AR comme période de référence ne laisse pas suffisamment de temps aux hôpitaux pour s'adapter et, par conséquent, ne motive pas la mise en œuvre de fonctionnalités supplémentaires. Après tout, il doit y avoir suffisamment de certitude quant aux besoins de financement pour déterminer les priorités de mise en œuvre. C'est pourquoi le CFEH propose de prendre (au plus tôt) le troisième mois après le mois de publication de l'AR comme période de référence. En outre, elle propose également une période de référence de trois mois, avec pour point de départ le 3e mois après la publication de l'arrêté royal. En effet, de nombreux critères ont un délai de plus d'un mois. Le CFEH suggère également d'informer le secteur à temps des intentions par voie de circulaire afin que les hôpitaux puissent prendre proactivement les mesures nécessaires à la mise en œuvre.
