

SPF SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 09/03/2023

Direction générale Soins de santé

CONSEIL FÉDÉRAL DES
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Réf. : CFEH/D/577-2 (*)

Avis du CFEH : BMUC

Au nom du Président,
Margot Cloet

p.o., chef de service Management
Office de la DG Soins de Santé

Annick Poncé
Directeur général ad interim

(*) Le présent avis a été approuvé par la plénière le 9/03/2023 et ratifié par le Bureau à cette même date.

Le CFEH souhaite par la présente exprimer son avis en réponse à la demande d'avis du ministre Vandenberghe en date du 2 février 2023.

Le CFEH a déjà émis plusieurs avis sur le BMUC, dont le dernier date du 16 décembre 2021 (CFEH/D/547-2).

1. Situation de la question

Dans sa demande d'avis, le ministre souligne l'importance des hôpitaux dans un système de soins de santé plus intégré. Ce faisant, il souligne la nécessité d'une numérisation adéquate des hôpitaux où les fonctionnalités de base connues au sein du BMUC devraient pouvoir servir de base commune à partir de 2024. Le financement de 2023 devrait mettre les hôpitaux sur la voie de cet objectif et les motiver à mettre en œuvre des fonctionnalités supplémentaires (critères de menu). Cela devrait également leur permettre d'assumer leur rôle dans un contexte européen (European Health Data Spaces).

Une mesure de la maturité du DPE dans les hôpitaux a eu lieu en 2022, dont les résultats ont été inclus dans la demande d'avis. Bien que relativement encourageants, ces résultats ne reflètent que des moyennes. Ces moyennes cachent actuellement un large écart de performance. Les suggestions incluses dans cette recommandation sont basées sur l'intention de soutenir les hôpitaux qui ont encore un long chemin à parcourir.

2. Poursuite du programme DPE Accelerator

Dans son avis du 16 décembre 2021, le CFEH a plaidé pour un équilibre réalisable entre continuité et innovation, ce qui est confirmé dans la proposition du ministre. Ainsi, les critères et le mécanisme de financement ne sont pas fondamentalement modifiés. Toutefois, le CFEH propose des adaptations sur les points ci-dessous :

Distribution HG/HP

Le CFEH préconise d'utiliser la même répartition entre hôpitaux généraux et psychiatriques dans la répartition des moyens que celle appliquée au financement du dossier patient électronique 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 inclus les hôpitaux généraux spécialisés) et 14,5% du budget disponible aux hôpitaux psychiatriques.

Socle

L'avis du CFEH du 16 décembre 2021 demande également la suppression progressive du socle pour le financer uniquement sur la base des réalisations techniques. Bien que le financement du socle soit toujours prévu, il est de facto réduit puisque le montant variable est lié à une réalisation technique, c'est-à-dire à l'utilisation concluante et active du hub.

Le CFEH est d'accord avec un montant fixe de 10% et approuve ainsi la nécessité d'une bonne planification et d'un bon suivi des réalisations, tant par l'hôpital concerné que par les pouvoirs publics.

Le CFEH accepte aussi globalement la condition d'une utilisation active et adéquate du hub pour le montant variable de 5%.

Toutefois, le CFEH souhaite clarifier que tant les 10% que les 5% (=15%) sont bien un montant calculé par hôpital (et non par lit justifié).

Cependant, les conditions telles que formulées aux points (a) et (c) ne peuvent être réalisées par les hôpitaux :

(a) *Publication des documents par le biais du hub metahub.*

Avant la publication, les documents doivent être validés par le médecin traitant. La période nécessaire à la validation dépend de plusieurs facteurs et est dans de nombreux cas plus longue que les 7 jours proposés. Le CFEH suggère de reformuler ce point comme suit : "mise à disposition des [documents] dans les 7 jours suivant la validation par le médecin traitant".

(c) *La consultation par le biais des hubs et des coffres-forts d'informations de santé partagées*

L'utilité de la consultation de ces sources dépend du contexte tel que la pathologie, l'urgence, la chronicité, ... (par exemple, pour un oncologue surveillant un patient en 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 intégrale 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.

Accélérateur

Tout d'abord, il convient de signaler quelques ambiguïtés dans la demande de consultation qui doivent être clarifiées. Ainsi, les fonctionnalités sont divisées en fonctionnalités de base et en fonctionnalités de menu. Dans un premier temps, 10 fonctionnalités de base sont mentionnées, mais plus loin dans le texte, 14 fonctionnalités de base sont mentionnées. L'annexe mentionne 11 fonctionnalités de menu pour les hôpitaux généraux et 5 pour les hôpitaux psychiatriques, tandis que ces derniers doivent réaliser 6 fonctionnalités de menu selon les termes de la proposition. Le CFEH n'est pas favorable à la généralisation de toutes les fonctionnalités de menu : il faut en effet veiller à ce que la spécificité d'une fonctionnalité ne soit pertinente que si elle présente une valeur ajoutée effective pour le secteur concerné. Par exemple, certaines fonctionnalités de menu des hôpitaux généraux n'ont aucune pertinence pour les hôpitaux psychiatriques. En outre, parmi, les fonctionnalités étiquetées 'hôpital psychiatrique', certaines nécessitent que le patient ait accès à son propre dossier, ce qui est susceptible d'être problématique dans le secteur même de la santé mentale. La définition de certaines fonctionnalités est également peu claire. Un aperçu des ambiguïtés par critère est repris en annexe du présent avis.

En outre, le CFEH souhaite suggérer quelques adaptations du mécanisme d'attribution budgétaire. Dans la proposition du ministre, tous les hôpitaux devraient utiliser 14 fonctionnalités de base avec un pourcentage d'utilisation effective de 80% et également 8 fonctionnalités de menu pour les hôpitaux généraux et 6 fonctionnalités de menu pour les hôpitaux psychiatriques, également chaque fois avec un pourcentage d'utilisation effective de 80%. Si l'hôpital ne remplit pas ces conditions, il ne pourra pas prétendre au budget accélérateur. Le CFEH ne peut absolument pas être d'accord avec cette approche binaire, qui a un impact majeur sur le financement. Non seulement elle comporte des risques importants (une seule imperfection suffit 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 le « closed loop medication » n'est pas réalisable pour presque tous les hôpitaux.

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 hôpitaux hors système de lits justifiés) sur la base de l'utilisation effective de chaque critère, avec 80 % comme limite supérieure pour les fonctionnalités de base et de menu et avec un nombre maximum de fonctionnalités de respectivement 12 fonctionnalités de base et 4 fonctionnalités de menu pour les hôpitaux généraux et respectivement 12 fonctionnalités de base et 3 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.

3. Nouveau DPI

Un système alternatif ou dérogatoire de financement doit être proposé pour les hôpitaux en phase d'implémentation d'un nouveau dossier patient informatisé, dans le cadre de l'intégration en réseau, ou de l'obsolescence du DPI utilisé actuellement, etc.

4. Peer review

Durant la période précédant la demande d'avis, le CFEH a organisé plusieurs réunions du groupe de travail technique du BMUC au cours desquelles le mécanisme « peer review » a été discuté. Toutefois, certaines incertitudes doivent encore être clarifiées, comme le profil de l'auditeur, les compétences requises, le nombre d'hôpitaux à auditer, l'existence/développement d'un outil de référence, le temps à consacrer par audit, la manière dont la confidentialité peut être garantie et le déroulement du processus du processus « peer review » lui-même. Il est également clair qu'une compensation financière pour la fourniture de l'expertise nécessaire augmenterait considérablement la volonté des hôpitaux de participer.

Toutefois, le mécanisme « peer review » ne peut être rentable que si la confiance des hôpitaux à son égard est suffisamment renforcée. Il est donc important d'organiser un test convaincant en 2023 pour pouvoir démarrer avec un système stable et clair en 2024. Le CFEH est - comme toujours - bien entendu disposé à collaborer à cet effet.

Enfin, il est également nécessaire de définir correctement l'objectif global du processus « peer review », ainsi que la manière dont il sera intégré dans le système de financement

5. Le programme accélérateur après 2023

Le CFEH souhaite également que les hôpitaux prennent de nouvelles mesures en matière de données et d'innovation et il est donc logique que le financement du DPE soit adapté en conséquence. Le CFEH souhaite réitérer son plaidoyer pour un équilibre entre continuité et ambition. En fin de compte, les objectifs doivent toujours être intégrés dans la feuille de route de développement des fournisseurs du DPE et font partie des accords contractuels avec ces fournisseurs qui ne sont pas infiniment flexibles.

La CFEH demande donc qu'une proposition pour le financement du BMUC 2024 soit soumise en temps utile, si possible avant le début de l'année civile.

6. Période de référence

La proposition de prendre le premier mois après la publication de l'AR comme période de référence laisse aux hôpitaux un temps d'adaptation insuffisant et ne motive donc pas la mise en œuvre de fonctionnalités supplémentaires. Après tout, il doit y avoir une certitude suffisante concernant les besoins de financement pour déterminer les priorités de mise en œuvre. Par conséquent, 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, il est également proposé de prévoir une période de référence de trois mois, avec pour point de départ le 3^e mois après la publication de l'arrêté royal. En effet, de nombreux critères ont un délai d'exécution de plus d'un mois. Le CFEH suggère d'informer le secteur en temps utile de ses intentions par lettre circulaire afin que les hôpitaux puissent prendre les mesures nécessaires de manière proactive.

Annexe : aperçu des critères de commentaires

(Source : Santhéa)

Critères de base :

- Le texte de la proposition mentionne que la liste de l'annexe 1 contient 10 fonctionnalités de base alors qu'en réalité, 23 sont reprises. En décembre 2022, l'enquête reprenait 11 fonctionnalités communes, 7 proposés aux HG, 5 aux HP.

Dès lors, quel critère s'applique à quel hôpital ?
- Fonctionnalités 6, 14 et 18 nécessitent d'être clarifiées
- Fonctionnalité 11 : définition des numérateurs et dénominateurs à expliquer
- Fonctionnalités 8 et 9 - **Enregistrement du consentement du patient et des volontés thérapeutiques** : type de consentement, forme, domaine d'application concerné, listes de consentements /volontés thérapeutiques concernés, cadre ?
Dénominateur : Nombre de patients dont la politique hospitalière ou gouvernementale exige qu'ils aient un code de limitation thérapeutique pendant la période de référence : à clarifier
- Fonctionnalités 19 et 20 : **Enregistrement multidisciplinaire et Plan de traitement interdisciplinaire**
 - Le dénominateur de ces fonctionnalités est trop large car toutes les hospitalisations ne nécessitent pas de prise en charge multidisciplinaire/interdisciplinaire. Il faudrait cibler plus précisément les patients concernés (oncologiques avec une COM, etc.)
 - Est-ce que le terme enregistrement signifie repris dans un registre ?
- Fonctionnalité 6 - **eMAR** : « *Nombre d'admissions classiques dont la date de début se situe dans le mois de référence et pour lesquelles il y a au moins une prescription électronique structurée de médicaments d'admission dans le DEP + au moins un dossier administratif électronique structuré.* »

→ le texte parle de « médicament d'admission », il me semble qu'initialement ce critère portait sur l'enregistrement de l'administration du médicament au patient. Peut-être un problème de traduction ?
- Fonctionnalité 11 – **Interaction avec eHealth** : il faudrait une liste des services qui sont vraiment obligatoires. En effet, suivant l'activité de l'hôpital, certains services ne sont pas fort utilisés. Dans ce cas-là, les utilisateurs utilisent les portails eHealth (par exemple HealthData/HD4P) pour consulter/encoder les données, et un programme/une interface spécifique n'est pas développé(e) dans le DPI ;
- Fonctionnalité 18 - **Serveur pour accéder aux données objectives du dossier du patient** :
Dénominateur : « *Nombre total de patients uniques sortis d'une hospitalisation pendant la période de référence avec facturation d'une consultation médicale.* » :
→ La mention « *avec facturation d'une consultation médicale* » ne figure pas dans le numérateur. Pour ce critère il me semble que cette mention ne soit pas nécessaire.
- Fonctionnalité 19 - **Enregistrement électronique multidisciplinaire et échange d'informations.**

→ Serait-il possible d'avoir une liste des types d'inscription disciplinaire du critère ? Une note encodée par une assistance sociale ou une diététicienne est-elle incluse dans ce critère ?

- Fonctionnalité 22 - **Enregistrement électronique des observations des patients**
 - « **observations des patients** » : S'agit-il des notes d'évolution journalière encodées chaque jour par le médecin lors du tour de salle ?

Remarques concernant les critères « Menu »

- Fonctionnalité 8 – **Appel électronique (automatique) des systèmes pour les décisions cliniques**
Numérateur : *nombre de messages d'aide à la décision concernant la prescription de médicaments pendant la période*
Dénominateur : *Nombre de prescriptions de médicaments pendant la période de référence.*
 - Il me semble que toutes les prescriptions ne nécessitent pas d'aide à la décision clinique. Du coup, avec ce dénominateur le % calculé ne sera pas très élevé.
- Fonctionnalité 14 – **Les médecins de garde en dehors de l'hôpital peuvent accéder au DPI et prescrire des médicaments.**
Dénominateur : *nombre total de patients uniques sortis d'une hospitalisation avec une prescription et traités par un médecin de garde pendant la période de référence.*
 - Dans certains cas, les médecins de garde qui se connectent à distance utilisent la même application qu'en interne. Dès lors, il n'est pas possible de distinguer les 2 cas de figure.
- Fonctionnalité 3 - **Module de soins d'urgence**
 - Numérateur : nombre de ces patients pour lesquels certains éléments du dossier d'urgence ont été complétés comme exigés (par exemple, score de Manchester, plainte à l'enregistrement, signes vitaux, ...) : existe-t-il une liste d'éléments exigés ? Y a-t-il un minimum d'éléments à avoir ?
- Fonctionnalité 7 - **Évaluation systématique de l'état des patients à l'aide d'instruments standardisés**
 - Numérateur : nombre de patients sortis pendant la période de référence avec une évaluation périodique dans le cadre du diagnostic et/ou de l'évolution de la pathologie et/ou du traitement de l'état des patients à l'aide d'instruments standardisés : est-ce possible d'avoir plus d'explications concernant le numérateur ?