



# Analyse comparative des méthodes de financement des hôpitaux et perspectives d'avenir pour la Belgique



Association Belge des Directeurs d'Hôpitaux asbl  
Belgische Vereniging van Ziekenhuisdirecteurs vzw  
Belgische Vereinigung der Krankenhausdirektoren VoG

## Pourquoi ce rapport, en quelques points clés

### **Le système de financement belge est à bout de souffle, suite à des retouches constantes...**

Le modèle de financement hospitalier en Belgique ne permet plus aucune réforme partielle, sans le rendre encore plus complexe, obscur et difficilement utilisable comme un outil de gestion, soit par les institutions, soit par les régulateurs. Il ne peut donc y avoir qu'une réforme en profondeur. Cependant, les changements qui sont actuellement en cours de préparation ne sont pas très encourageants, car ils seront longs, ne tirent pas profit de l'expérience des autres pays et sont toujours dans la même logique de conservation du modèle actuel.

### **Un système qui manque de transparence et a la réponse tardive**

Le système de financement hospitalier est très complexe, peu clair, basé sur les prestations intermédiaires, et sans aucune capacité à être influencé, car il ne contient pas d'objectifs clairs... Le système de financement actuel, en plus de son opacité, induit un décalage de financement pour le gestionnaire, puisque les pathologies traitées influencent en partie le financement octroyé 2 à 3 ans plus tard. Les incitations ne sont pas claires et n'encouragent pas le renforcement d'une démarche orientée à la santé populationnelle.

### **Un système aux effets pervers**

Le système de financement hospitalier a des effets pervers, qui incitent plus à la surconsommation des prestations qu'à la santé populationnelle... D'autant plus que les honoraires médicaux contribuent à  $\approx 40\%$  de son financement, dans un modèle de valorisation des actes... Le système de rémunération des médecins a également des effets pervers, qui conduisent à des dépassements d'honoraires et incite parfois les institutions et les médecins à une surconsommation des soins, comme nous le détaillerons.

### **Un système qui crée une insatisfaction chez l'ensemble des parties prenantes**

Une insatisfaction de la grande majorité des parties prenantes, qui s'accordent sur les limites du système et qui aspirent à un changement en profondeur qui pourrait répondre d'avantage à leurs attentes.

### **Un système de DRG en Belgique qui n'en est pas un...**

Il ne représente qu'environ 20% à 30% des recettes de l'hôpital, ils sont utilisés à la fois dans le financement du BMF, des médicaments et des honoraires, mais avec des règles qui sont différentes d'une source à l'autre. Le système de classification utilisé provient des Etats-Unis et tient peu compte des spécificités européennes.

Ces constats sont la base de ce rapport et d'une première réflexion sur les modes de financement par DRG...

**Ce rapport met en avant toute une série de point clés par rapport à l'apparition des DRG, qui a été le premier changement de paradigme dans le financement des institutions hospitalières :**

Les USA sont les pionniers dans l'instauration d'un système de financement par DRG, à l'initiative de Medicare, suite aux recherches de l'Université Yale qui à conceptualisé le système dès 1970...

L'idée de base est simple : les cas au sein d'un même DRG subissent une consommation des ressources similaire et, par conséquent, impliquent des coûts de diagnostic et de traitement homogènes.

...qui incite les hôpitaux à améliorer l'utilisation de leurs ressources et à optimiser l'organisation des soins de santé pour améliorer l'efficacité. Enfin, il renforce la qualité des soins si ces changements améliorent le processus clinique et la gestion des cas.

Ce système peut induire un comportement indésirable de la part des fournisseurs, comme la sélection des patients, le codage vers le haut des niveaux de sévérité, et la sortie prématurée de patients. Les hôpitaux peuvent aussi accroître l'activité non-justifiée et modifier la composition des soins en abandonnant certaines activités qui ne sont pas rentables.

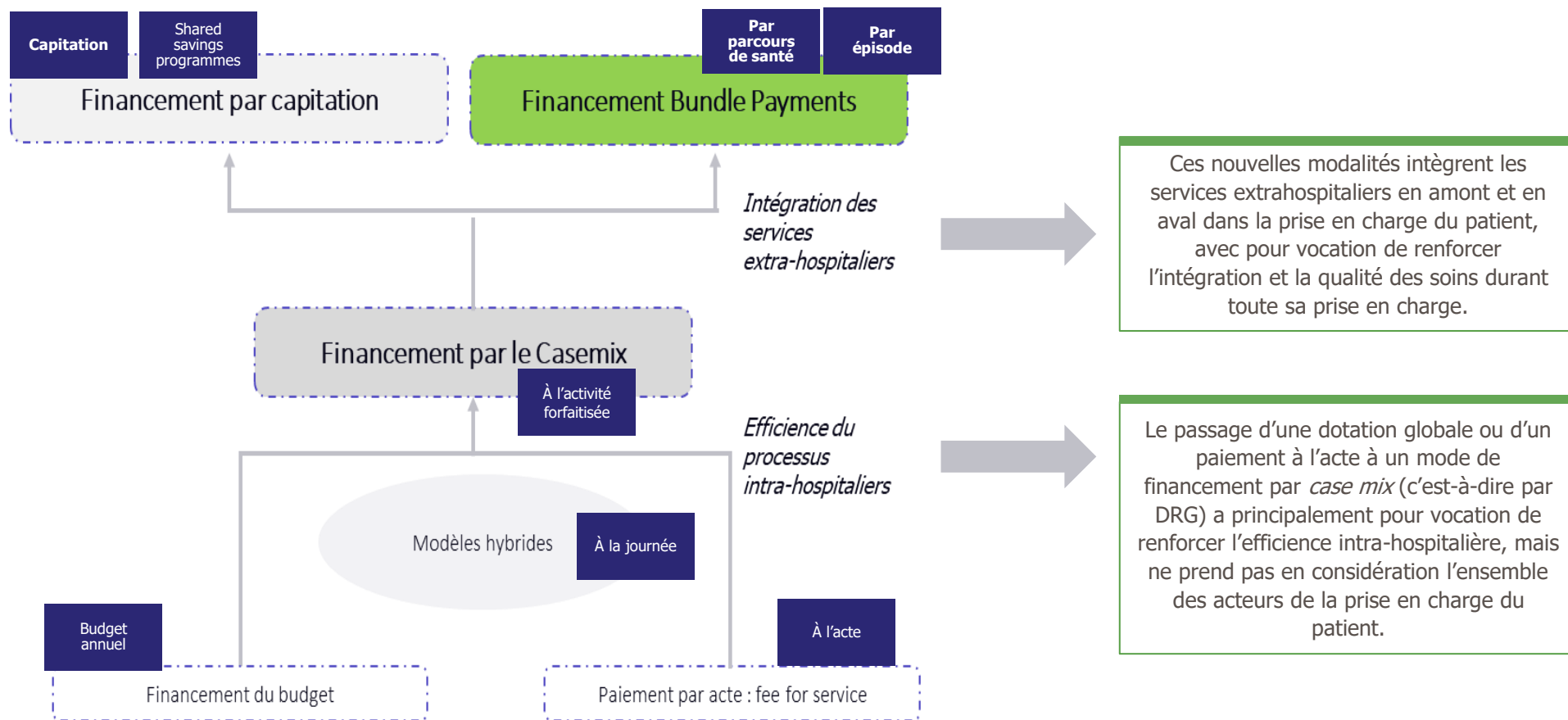
Malgré des principes communs, les modèles de financement basés sur les DRG peuvent varier dans leur architecture et leur déploiement d'un pays à l'autre.

C'est pourquoi notre étude a longuement analysé 3 des derniers pays européens à avoir implanté de tels systèmes, et aussi à l'analyse de ses évolutions plus récentes.



... avec de nouvelles formes de financement (capitation ou *bundled payments*) issues de l'évolution des DRG, qui s'intéressent à la coordination et à la qualité des soins tout au long du parcours des patients, en amont et en aval de l'hôpital !

Figure 02. Développement des différents modèles



Source : Antares Consulting

## Il existe actuellement 3 grandes tendances dans l'évolution des modes de financement

- 1 Les nouvelles modalités de financement qui ont émergé ces dernières années se fondent sur une logique qui transfère fortement le risque vers le prestataire, avec pour vocation d'encourager le renforcement du niveau de la prise en charge par l'ensemble de ses acteurs et de réduire les actes évitables.
- 2 Ce transfert des risques aux prestataires induit donc que l'ensemble des acteurs de la prise en charge du patient doivent se coordonner concernant toutes les étapes de sa prise en charge, ce qui conduit à une meilleure efficacité du système, une réduction des coûts et une amélioration de la qualité. Selon le niveau de maturité, ces modes de financement favorisent également l'intégration de stratégies de prévention.
- 3 Ces nouvelles modalités engendrent une nouvelle logique, qui est celle de faire bien plutôt que beaucoup. C'est-à-dire l'ouverture au concept de *Value-Based HealthCare*, qui permet d'orienter la pratique des soins vers les activités qui produisent les meilleurs résultats possibles en matière de santé, c'est-à-dire les plus pertinents pour le patient et pour chaque dépense encourue.

« From volume to value »



Des modalités de financement qui conduisent les systèmes de santé vers des nouveaux objectifs :

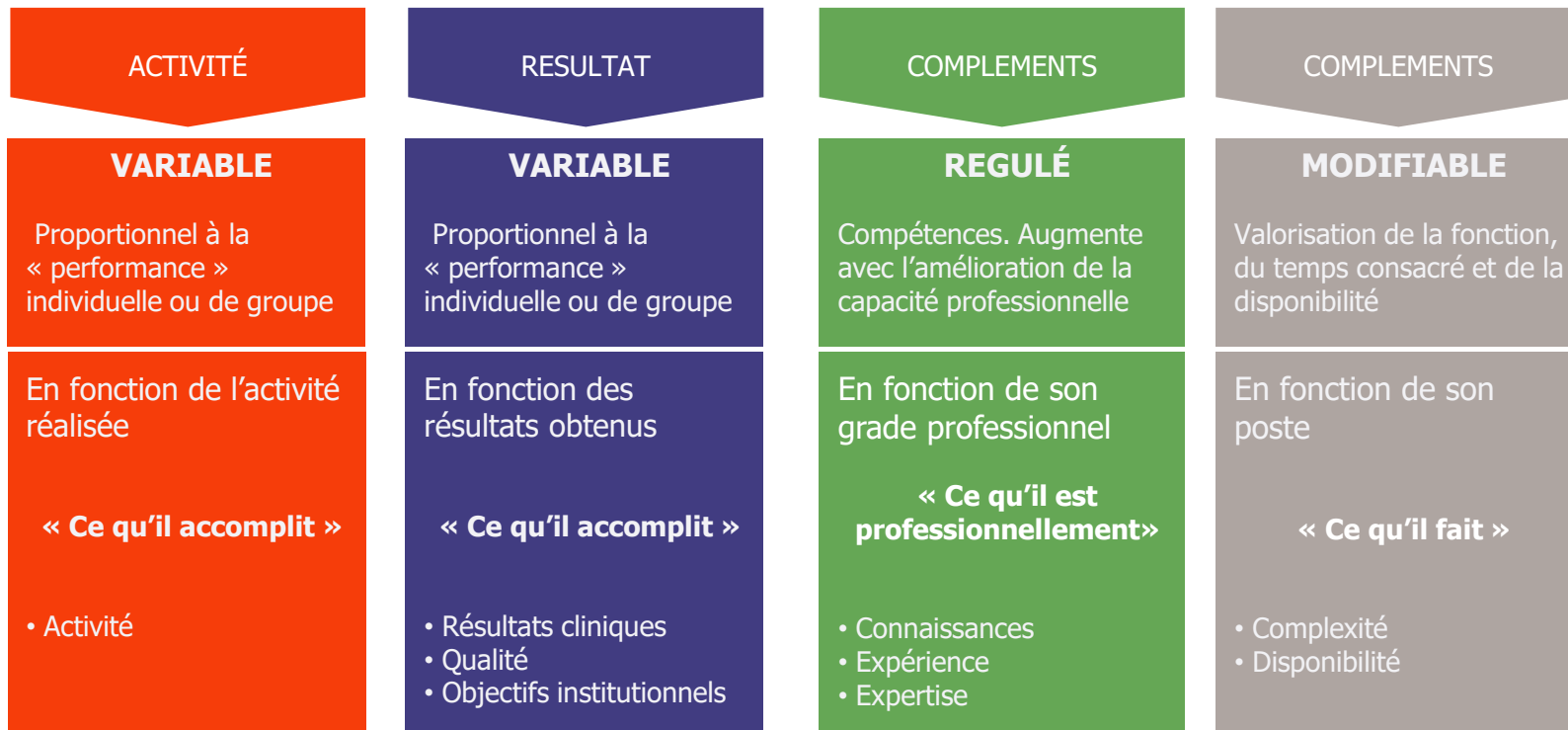


Nous avons également analysé le mode de rémunération des professionnels dans une revue des systèmes de financement hospitaliers, et nous pouvons en tirer de grandes conclusions pour la construction d'un nouveau modèle

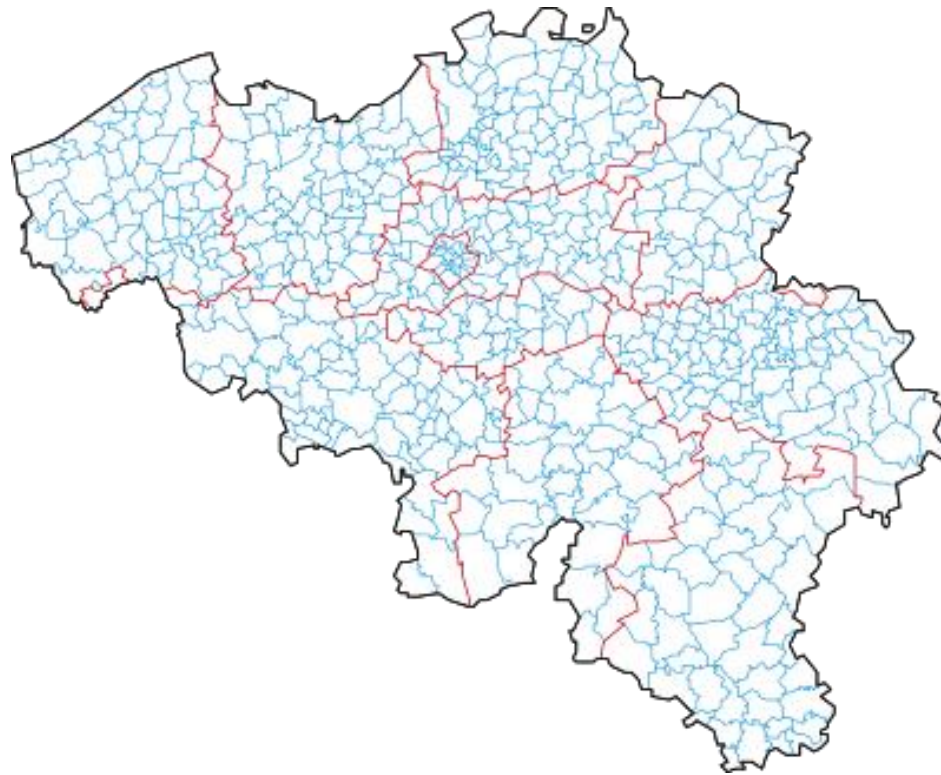
- 1 Au moment de discuter le modèle de financement hospitalier, il faudra également réfléchir à son alignement avec le système de rémunération des professionnels. Les deux systèmes devraient être clairement séparés, mais avec un alignement fort dans les objectifs et dans la logique sur lesquels ils seront basés.
- 2 Le système actuel, uniquement orienté à la réalisation d'actes, conduit à une rémunération des professionnels orientée au volume. De plus, comme les établissements se financent principalement via les honoraires médicaux, nous pourrions dire qu'il existe un alignement pervers des acteurs à produire plus, ce qui constitue un possible incitatif à une surconsommation des soins. En ce sens, la question des pratiques appropriées doit être clairement introduite dans ce débat.
- 3 Le système actuel de rémunération des professionnels manque d'harmonisation, et il est très peu transparent... Les taux de rétrocession sont fortement variables d'un établissement à l'autre et résultent d'une négociation interne entre les représentants des professionnels et l'institution. Toute cette démarche banalise l'estimation de la valorisation des actes professionnels. Une séparation de ces deux modalités de financement serait souhaitable, et apporterait plus de clarté et de transparence.
- 4 Les professionnels, bien que de différentes spécialités médicales, sont totalement interdépendants entre eux s'ils veulent garantir la bonne prise en charge de leurs patients et assurer la continuité de leurs soins. Cependant, il existe aujourd'hui une très grande disparité dans leur rémunération selon leur spécialité, qui se voit bien souvent compensée par un fond de solidarité. Ce manque d'équité conduit à un manque de reconnaissance de certaines spécialités et peut conduire à une problématique de vocation. Il conviendrait de remplacer cette logique de fond de solidarité par un socle de rémunération plus équitable, qui serait complétée par une partie variable basée sur l'activité.
- 5 La législation fiscale applicable aux pratiques de l'organisation vis-à-vis de la rémunération des professionnels est un élément qui pourrait générer des distorsions. Il conviendra donc de le regarder attentivement.

### 3. Mode de rémunération des professionnels

La rémunération variable doit se construire à partir de deux prémisses : un socle pour éviter les fonds dits de solidarité, et que la variabilité dans la rémunération des professionnels contiennent d'autres variables qu'uniquement les actes. Une réflexion sur le bon équilibre entre les composantes de la rémunération serait utile pour satisfaire ces deux prémisses.



# Recommandations à la lumière de l'expérience internationale





De ce fait, le modèle de financement en Belgique devrait sortir du modèle actuel et s'insérer dans la tendance générale : *bundled payments*, pertinence des soins et logique de parcours...

### Sortir du modèle actuel...



### ... pour définir un modèle d'avenir.

- Il y a eu trop de séquences de réformes partielles qui se sont superposées ces dernières années. Le modèle de financement hospitalier en Belgique ne permet plus aucune réforme partielle, sans le rendre encore plus complexe, obscur et difficilement gérable pour les gestionnaires.
- Le bon développement de la mise en place des réseaux hospitaliers locorégionaux pourrait initier cette réforme, car ils ont créé une structure juridique et une gouvernance commune. Si le régulateur veut développer de véritables synergies entre les établissements d'un réseau, la réforme du financement pourrait être un levier clé.
- Le système de financement actuel, en plus de son opacité, apporte au gestionnaire une réponse tardive dans le paiement du BMF. Les incitations ne sont pas claires et n'encouragent pas le renforcement d'une démarche orientée vers la santé populationnelle.
- Ce constat est le même dans le système de rémunération des médecins, qui a des effets pervers et incite notamment à pratiquer des dépassements d'honoraires.
- Une insatisfaction de la grande majorité des parties prenantes qui s'accordent sur les limites du système.
- Le système n'ayant plus de pérennité dans sa forme actuelle s'il n'y a pas de réforme en profondeur, les patients devront finalement payer plus.
- Le nouveau modèle devrait s'insérer dans les tendances lourdes de développement des modalités de financement pour répondre aux attentes de tous les parties prenantes.
- Le nouveau modèle en Belgique mérite un changement radical et rapide. Il conviendra de tirer profit du savoir-faire des pays de notre entourage, qui sont une source d'inspiration et d'informations, surtout pour ce qui a trait à la conception des mécanismes et pour garantir la maîtrise des risques :
  - Le modèle devrait se baser, à court terme, sur un système de financement intégré de l'activité basé sur les DRG.
  - Dès l'adoption d'un nouveau modèle de financement hospitalier, il faudra déjà veiller à l'adoption des expériences de *bundled payments* et à faciliter l'alignement avec le secteur médicosocial.
- Ce nouveau modèle de financement hospitalier en Belgique obligera à renforcer le management des institutions, mais aussi à changer radicalement le focus de la régulation, avec de nouvelles compétences, capacités et outils d'intervention. Pour cela, l'ensemble des systèmes d'information des établissements devront être renforcés et structurés pour permettre d'accompagner ces changements.
- Le nouveau modèle devrait être indépendant du modèle de rémunération des professionnels. Les deux alignées dans les objectifs, mais pas des vases communicants.

## 6. Recommandations à la lumière de l'expérience internationale

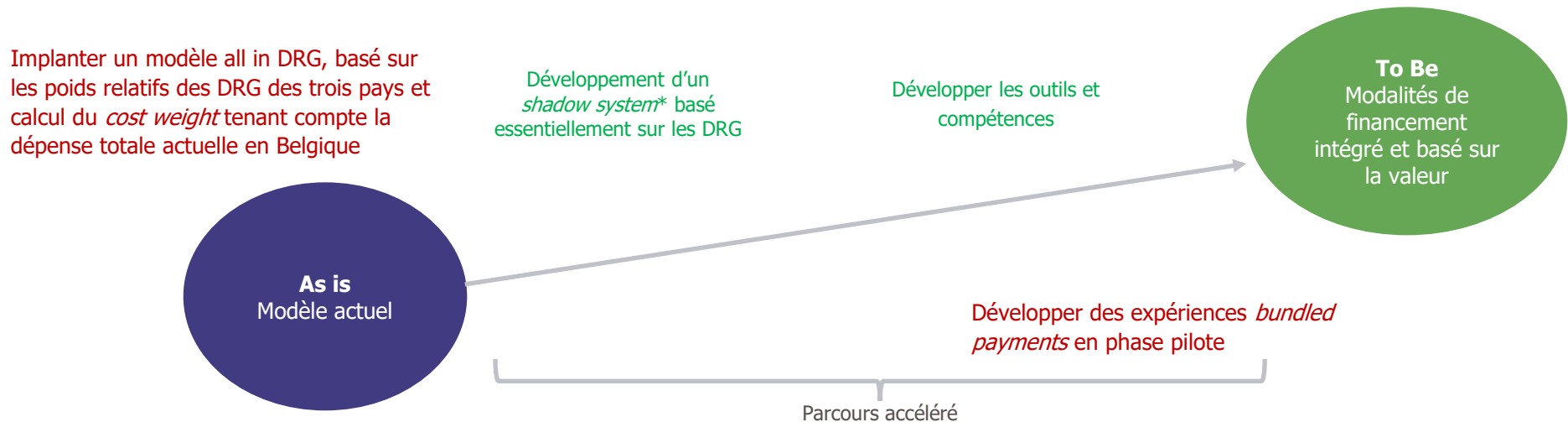
Sur base de toutes ces observations, « un plan choc » devrait être mis en place en Belgique pour rattraper le retard et définir un nouveau modèle de financement *step by step*, en saisissant l'opportunité de commencer plus tard et d'apprendre des précédents.

La Belgique est aujourd'hui dans une situation où l'écart entre la complexité des modalités de financement actuelles et les attentes du système oblige à faire un bond en avant, et non pas un demi pas.

Pour cela, elle a la chance de pouvoir capitaliser sur les expériences internationales, non pas pour répliquer leur système mais plutôt pour s'en inspirer, afin notamment d'éviter les écueils dans lesquels ces expériences passées ont pu tomber.

Pour rattraper ce retard, il faut donc enclencher une dynamique de changement et de réformes rapides. Dans ce cadre, le passage à un système « all-in » DRG doit être une priorité, tout en initiant parallèlement des projets pilotes avec de nouvelles modalités de financement du type *bundled payments*.

Figure 11. Un parcours accéléré pour le développement de nouvelles modalités de financement



Source : Antares Consulting

\* Ce « *shadow system* » permettrait d'appliquer le système à la situation actuelle à des fins d'observation, sans impact sur les financements réels.

Qui sont les parties prenantes qui seront impliqués car concernés dans le cadre « d'un plan choc », et quels sont ses attentes?



### Système de santé et population

Les modalités de financement sont un levier dans le renforcement de la qualité du système de santé et de son orientation populationnelle. La santé est une priorité dans les politiques sociales, clairement perçue par la population.



### Institutions hospitalières

Les institutions sont aujourd'hui le lieu central de croisement et d'interdépendance de l'ensemble des acteurs. Dans une logique de parcours, elles seront un élément central dans le parcours des soins.



### Personnel médical

Ils sont au cœur de l'application des modèles de financement, car ils assurent la prise en charge du patient. Sa rétribution devrait être indépendante du financement hospitalier, mais respectant l'alignement des objectifs.



### Gestionnaire

Les gestionnaires doivent piloter les organisations et sont les responsables finaux des résultats de la stratégie institutionnelle définie. Ils ont besoin des objectifs et incitatifs clairs, et d'un tempo capable de relationner le financement et les dépenses.



### Régions

Elles ont une importance cruciale dans un pays fédéral... Elles sont de plus responsables de l'activité hors-hôpital, qui est la partie qui va augmenter le plus avec l'implantation des DRG; et la parti qui devra s'intégrer avec les modalités de *boundeld payments*.



### Régulateur

Le régulateur impulse la réforme, veille au respect du budget, la garantie de la qualité et la pérennité du système. Devra repenser le cadre normatif et les besoins des nouveaux modes d'intervention.

Pour atteindre cette transformation, nous proposons une approche basée sur 3 importants chantiers devant permettre une implantation rapide et ainsi de rattraper l'écart qui existe aujourd'hui entre la situation initiale et les attentes d'un mode de financement adapté aux évolutions du système de santé.

1

### Chantier A

Développer le financement basé réellement sur les DRG, comme socle de base pour les futurs *bundle payments*. Cette implantation se fera à partir d'un *shadow system* qui devrait permettre l'adaptation progressive des institutions.

2

### Chantier B

Préparer les éléments nécessaires pour construire et implanter progressivement les *bundled payments*

3

### Chantier C

Adapter la régulation (orientée aux *outcomes*, plutôt qu'aux structures), les outils et les compétences de tous les acteurs du système de santé

## Chantier A. Développer un *shadow system* de financement basé sur les DRG, comme socle de base pour les futurs *bundle payments*

- 1. Validation de la classification.** Une première étape consiste à valider que le poids relatifs comparé des 80% de l'activité dans les DRG en Belgique aujourd'hui est le même dans les trois dernières différentes classifications des pays de l'étude (France, Suisse et Allemagne). Cet exercice demandera un important travail d'équivalence entre les différents systèmes et les DRG belges. Il faudra également définir les possibles critères et « mode d'emploi » à adopter dans le financement par DRG en Belgique. C'est-à-dire définir quel serait le périmètre, et indiquer ce qui devrait être financé avec les DRG et ce qui ne serait pas inclus.
2. Il conviendra ensuite de fixer la **valeur du point** à partir de la dépense hospitalière totale actuelle en Belgique et en assurant une modélisation du système avec les nouvelles règles. Cela permettra de définir le point DRG (cost weight) et l'estimation du coût extra-DRG.
3. Définir toutes les questions normatives, c'est-à-dire **les règles d'application** qui seront à prendre en considération pour le développement de cette nouvelle modalité de financement. Pour ce faire, il conviendra de se baser sur les aspects positifs et négatifs des pays qui ont implanté ces systèmes comme la France, l'Allemagne et la Suisse. Cette phase devrait prendre 3 ans. Dans ce cadre, et entre autres, il conviendra aussi de réaliser un premier manuel de codage.
4. Lancement d'une période transitoire dite « ombre » ou « **shadow system** ». Il s'agit durant une période de 3 ans, et sur base de la valeur du point calculée, de communiquer aux établissements quel serait leur budget théorique sous le nouveau système, tout en conservant le financement dont ils disposent actuellement selon les modalités de financement historiques. Il s'agit donc uniquement de tenir informés les établissements hospitaliers de l'éventuel impacte du nouveau modèle, afin de commencer à anticiper les réformes qui seraient nécessaires. Ce transfert d'informations pourrait se faire par via les réseaux hospitaliers locorégionaux et il devrait y avoir une évaluation et des échanges réguliers sur base des chiffres de cette facturation pour garantir l'ajustement.
5. En parallèle, réaliser une analyse des **comptabilités analytiques** dans un échantillon d'hôpitaux donné, avec pour objectif de valider la cohérence de l'analyse et des résultats. Pour ce faire, il conviendra d'avoir une bonne attribution des charges directes et indirectes des sections d'analyse (SA) de l'hôpital, une comptabilité analytique donc, mais différente de celle demandée par le Service Public Fédéral Santé Publique (SPFSP). Cette comptabilité analytique pourrait se baser sur le projet pilote d'évaluation des coûts par pathologie, le projet PACHA (ou non). Cet échantillon pourrait se construire en incluant un hôpital de chaque réseau hospitalier locorégional belge, soit un total de 25 établissements, afin d'avoir une couverture et représentativité territoriale totale, permettant ainsi de prendre en considération toute la diversité des territoires belges.

## Chantier B. Préparer les éléments nécessaires pour construire les *bundled payments*

Il conviendra parallèlement d'anticiper l'arrivée des nouvelles modalités de financement, en prenant en considération l'ensemble du parcours de soins du patient. Comme nous l'avons évoqué, il s'agit de capitaliser immédiatement sur l'expérience des autres pays et de ne pas perdre de temps en développant des initiatives de type *bundled payments* en Belgique.

Ce chantier devrait être un levier pour encourager la construction des réseaux locorégionaux, en favorisant les collaborations entre les établissements, mais également les collaborations des établissements des réseaux avec l'extrahospitalier dans leur territoire. Pour mettre en place ce chantier, nous proposons d'analyser les différents points suivants, que nous considérons comme des piliers clés pour favoriser le bon développement d'un financement de type *bundled payments* :

1. Pour développer au mieux ces nouvelles modalités, il conviendra en amont de définir s'il devrait y avoir une intégration dans ce financement des prestations de **santé mentale** et de moyens et **longs séjours**.
2. Tout en s'inscrivant dans la logique du point 1, il sera nécessaire d'entamer une révision de la **nomenclature ambulatoire**. Cette révision devrait se réaliser en veillant à mieux favoriser le développement de l'ambulatoire chirurgical par rapport à l'hospitalisation classique. C'est pourquoi cette révision devra mettre en place des incitatifs clairs, permettant à la Belgique de véritablement développer cette pratique.
  - Afin d'accompagner le développement de la chirurgie ambulatoire, une tarification identique pour les séjours de quelques pathologies, quel que soit le mode de prise en charge (ambulatoire ou en hospitalisation) pourrait notamment être envisagée rapidement, avec la volonté de l'étendre voire de la généraliser sur des pathologies susceptibles d'être traitées en chirurgie ambulatoire.
  - Parallèlement, il conviendra de lancer une campagne de sensibilisation des praticiens et un programme de formation des professionnels.
3. Commencer d'ores et déjà à initier des **expériences** intégrant de nouvelles modalités de paiement de type *bundled payments* avec une orientation clairement *value-based healthcare*. Ces expériences devraient s'initier avec le développement d'indicateurs de résultats clairs dans le cadre de projets pilotes.

## Chantier C. Adapter la régulation (orientée aux *outcomes*, plutôt qu'aux structures), les outils et les compétences

Cette réforme en profondeur du financement devra s'accompagner de transformations organisationnelles à la hauteur des enjeux, permettant à la régulation actuelle de s'adapter et ainsi de faciliter la mise en œuvre pour l'ensemble du système de santé. C'est pourquoi il conviendra de doter l'administration des capacités nécessaires pour faire cette réforme, que cela soit sur le plan technologique ou managérial, en mettant à disposition les outils et compétences nécessaires. La priorité sera de créer **une agence en charge de la définition des DRG belges** et de toute sa gestion, comme nous l'avons évoqué pour les autres pays de l'étude.

1. Pour définir et rendre opérationnels les DRG belges, il conviendra de créer une Agence responsable de la composante technique du financement. Cette agence sera responsable du maintien et du développement des groupes de cas des DRG. En d'autres termes, elle sera responsable du développement et de l'adaptation du groupeur qui attribue les cas traités aux différents DRG. Elle participera aussi au développement des classifications médicales et directives de codage en Belgique. Dans ce cadre, il conviendra de définir précisément : (1) sa mission et ses fonctions (2) sa structure, sa forme et sa composition.
2. L'ensemble des acteurs doivent être parties prenantes de ce changement majeur : institutions hospitalières ou réseaux hospitaliers locorégionaux mais également les professionnels et gestionnaires qui sont les acteurs de terrain afin de les faire adhérer et accompagner au changement.
  - Organisation d'ateliers de travail
  - Organisation de formations ciblées pour les professionnels mais également un coaching des gestionnaires
  - Mise en place d'indicateurs de suivi de la bonne implantation sur le terrain
  - Un système de veille sur les différentes pratiques, celles qui seront rapidement à proscrire et celles qui devraient être généralisées.
  - Mise en place d'une plateforme online de recueil des suggestions.
3. Développer toutes les conditions qui permettront au régulateur de s'adapter et d'accompagner l'ensemble des acteurs dans cette transformation.
  - Identification des nouvelles fonctions et compétences, capacités, outils, etc. à développer
  - Identification des fonctions actuelles à modifier et/ou éliminer ; et décisions sur les modalités de leur réalisation dans le contexte futur
  - Identification et définition de tous les processus opérationnels et de management qui seraient nécessaires, sous un format en vue de son informatisation.

## 6. Recommandations à la lumière de l'expérience internationale

Un changement qui pourrait se réaliser en moins de 6 ans ! Nous proposons ici à titre indicatif une première proposition exigeante de calendrier, basée sur toutes les étapes clés que nous avons initialement déterminées dans chacun des 3 chantiers.

Table 05. Calendrier du développement des 3 chantiers.

Phases	Semestres					
	A1	A2	A3	A4	A5	A6
<b>Chantier A</b> Développer un <i>shadow system</i> de financement basé sur les DRG, comme socle de base pour les futurs <i>bundled payments</i> .	Validation de la classification	■				
	Détermination de la valeur du point	■				
	Définition des règles d'application	■	■			
	Facturation dite « ombre » et suivi		■	■	■	
	Comptabilité analytique (PACHA?)		■	■	■	
<b>Chantier B</b> Préparer les éléments nécessaires pour construire les <i>bundled payments</i> .	Réhabilitation et santé mentale		■	■	■	
	Nomenclature ambulatoire		■			
	Expériences de type <i>bundled payments</i>			■	■	■
<b>Chantier C</b> Adapter la régulation.	Lancement de l'agence belge des DRG		■	■	■	■
	Identification des besoins d'organisation, compétences, capacités, outils de management		■	■	■	■
	Identification et définition de tous les processus opérationnels et de management		■	■	■	■



Quels seraient alors les avantages de ce nouveau modèle pour les différentes parties prenantes ? (1/2)



### Systeme de santé et population

Le développement de ces nouvelles modalités de financement pour le système de santé en général permettrait :

- Un modèle plus simple et plus transparent.
- Une orientation à la santé populationnelle.
- Une meilleure coordination entre l'ensemble des acteurs de la prise en charge des patients, permettant de garantir la qualité et la continuité de soins pour les patients et d'apporter de la valeur.
- Un renforcement de l'expérience des patients dans leur parcours de soins.
- Les résultats cliniques seront plus importants que les actes.



### Institutions

Le développement de ces nouvelles modalités de financement représenterait pour le gestionnaire :

- Un modèle plus simple et plus transparent.
- Une planification budgétaire plus réaliste, qui permettrait de stabiliser le budget à moyen et long terme.
- Une meilleure capacité d'adaptation de sa stratégie institutionnelle et de son positionnement produit.
- Un renforcement du management institutionnel.
- Une plus grande capacité à innover.



### Personnel médical

Le développement de ces nouvelles modalités de financement pour le personnel médical permettrait :

- Un modèle plus simple et plus transparent.
- Une séparation plus claire de l'acte intellectuel.
- Une orientation aux résultats cliniques.
- D'éviter les effets pervers du modèle actuel et les actes non nécessaires.
- Des rémunérations plus équitables.
- Une rémunération qui ne se base pas sur une négociation.

Quels seraient alors les avantages de ce nouveau modèle pour les différentes parties prenantes ? (2/2)



Gestionnaire

Le développement de ces nouvelles modalités de financement représenterait pour le gestionnaire :

- Un modèle plus simple et plus transparent.
- Une planification budgétaire plus réaliste, qui permettrait de stabiliser le budget à moyen et long terme.
- Une meilleure capacité d'adaptation de sa stratégie institutionnelle et de son positionnement produit.
- Un renforcement du management institutionnel.
- Une plus grande capacité à innover.



Régions

Le développement de ces nouvelles modalités de financement représenterait pour les régions :

- Améliorer sa capacité de gestion des acteurs qui vont augmenter son poids relatif avec la mise en place des DRG, et qui font partie des responsabilités de régulation des régions.
- Faciliter les collaborations entre les institutions hospitalières et les autres acteurs de la santé ou du médico-social, en vue de garantir la continuité des soins.
- Une montée en puissance de ses outils de gestion et de management, garantissant un meilleur contrôle budgétaire.
- D'être au service de la population et des professionnels.



Régulateur Fédéral

Le développement de ces nouvelles modalités de financement permettrait au régulateur :

- D'accorder plus d'importance aux résultats cliniques et à leur suivi, avec des modèles orientés *value-based healthcare*.
- Une montée en puissance de ses outils de gestion et de management, garantissant un meilleur contrôle budgétaire.
- D'être au service de la population et des professionnels.