



© Reporters

FINANCEMENT HOSPITALIER

L'hôpital est-il trop cher?

PAR GUY DURANT

Les hôpitaux belges facturent-ils des suppléments excessifs? Jusqu'à quel point souffrent-ils de leur sous-financement chronique? Ne faudrait-il pas opérer une refonte totale de la nomenclature? Une réflexion à vif sur le financement hospitalier.



Guy DURANT

est e.a. Administrateur général des Cliniques Universitaires Saint-Luc, Président de la Section Financement du CNEH et Président de l'ABH.

durant@hosp.ucl.ac.be

UN TRAIN DE MESURES EN 2006

En 2006, monsieur Demotte a décidé d'offrir la chambre à 2 lits aux patients BIM (futurs OMNIO), ce qui représente près de 700.000 bénéficiaires. Il s'en est suivi un effet pervers car les patients qui font volontairement choix de ce type de chambre, associé à un supplément de 20 euros/jour, voient de plus en plus leur demande non rencontrée par manque de disponibilité des chambres, désormais occupées par les patients BIM. D'autrepart, la compensation financière pour les hôpitaux, via une

diminution de la sous-partie C3, est insuffisante: les hôpitaux prennent à leur charge une partie importante de l'effet de la décision ministérielle. Par ailleurs, le ministre a décidé, contre l'avis de la Section Financement du CNEH (Conseil National des Etablissements Hospitaliers), de lier une partie (9,6 millions) du refinancement des 100 millions d'euros promis aux hôpitaux à la non facturation de suppléments d'honoraires (qui n'ont rien à voir avec le BMF (Budget des Moyens Financiers) en chambre à 2 et 4 lits. C'est le cas en moyenne pour 75 à 80% des hôpitaux (de

l'ordre de 90% en Wallonie et 75% à Bruxelles et en Flandre) qui ne demandent de suppléments d'honoraires qu'en chambre à 1 lit. Les autres maintiendront ou modifieront leur pratique.

ET AUSSI EN 2007

D'autres mesures sont prises en 2007: interdiction de supplément de chambre à 2 lits aux patients chroniques ainsi que, quel que soit le statut du patient, pour toutes les journées qui dépassent une durée de 15 jours, ce chiffre incluant l'ensemble des hospitalisations de l'année, même dans d'autres

>>>

>>> hôpitaux que celui qui ne pourra plus facturer. Outre qu'on s'interrogera sur la praticabilité de cette mesure, la Section Financement du CNEH s'est inquiétée de la compensation financière qui sera accordée et relève que la proportion de patients chroniques (dont les patients atteints du cancer) ainsi que de longs séjours varie fortement d'un hôpital à l'autre, en fonction de son case-mix. Pour toutes ces raisons, la Section Financement recommande un remboursement a posteriori par les mutuelles aux patients bénéficiaires des mesures plutôt qu'une imputation au Budget des Moyens Financiers.

être disponibles au tarif de la chambre commune; tout patient qui le demande a le droit d'être soigné aux tarifs du remboursement; des suppléments de chambre et d'honoraires sont interdits en cas d'hospitalisation au sein du service des urgences, de celui des soins intensifs ou si l'état médical du patient le requiert; les suppléments de chambre à 2 lits sont plafonnés; la déclaration à l'admission impose une transparence, certes améliorée, sur les coûts qui seront à charge du patient. L'accusation portée à l'encontre des hôpitaux de suppléments excessifs doit être nuancée. Venant de la part des mutuel-

LACUNE DANS LE FINANCEMENT HOSPITALIER

Il faut d'abord noter que les hôpitaux belges sont tous privés sans but lucratif ou publics. Il n'y a pas de dividendes distribués à des actionnaires, l'argent reste dans l'institution pour y être réinvesti. Ensuite, la grande majorité des hôpitaux limite les suppléments aux seules chambres à 1 lit, qui relèvent d'un choix personnel et libre du patient. Et les coûts à charge des patients, en dehors de suppléments de chambre et d'honoraires, sont uniquement le fait de tickets modérateurs légaux (sur l'hospitalisation comme sur les prestations médicales) ou de la facturation de médicaments ou de matériel non remboursés par l'assurance-maladie. Quelques rares hôpitaux facturent indûment des sommes aux malades, ce qui ne peut se défendre.

La principale lacune dans le financement hospitalier réside précisément dans ces matériels très peu (à du 10%!) ou pas du tout remboursés. Certaines mutuelles prétendent qu'ils sont couverts par le Budget des Moyens Financiers, ce qui est risible quand on parle de clips pour

>>>

// Il faut nuancer l'accusation de suppléments excessifs portée à l'encontre des hôpitaux //

SÉCURITÉ TARIFAIRE

Qu'on ne se méprenne pas: je suis sensible à la problématique des coûts à charge des patients et je tiens beaucoup à la sécurité tarifaire. Celle-ci est déjà très bien assurée par la loi: la moitié des chambres au moins doivent

les, elle n'est d'ailleurs pas neutre puisque celles-ci opèrent elles-mêmes des assurances hospitalisation, au-delà des couvertures offertes par l'assurance complémentaire des affiliés (comme, très souvent, le remboursement du supplément de chambre à 2 lits).

Les hôpitaux belges sont des institutions d'intérêt public, à caractère non lucratif.



>>> anévrisme cérébral, prothèses de chevilles, stents coronariens ou implants gastriques pour le traitement de l'obésité. L'assurance-maladie a récemment amélioré les remboursements mais le problème n'est pas encore résolu. Et les nouvelles dispositions réglementaires attendues en matière d'implants mettent à charge du BMF les nouveaux dispositifs médicaux pendant une (longue) période avant le remboursement qui aurait été décidé.

PAS DE MÉDECINE À DEUX VITESSES

D'après l'analyse des Mutualités chrétiennes, les coûts à charge des patients hors suppléments sont en moyenne de 255 euros par séjour. Est-ce vraiment excessif? Une hospitalisation n'est pas chose fréquente dans la vie d'un individu qui est, en moyenne bien sûr, hospitalisé une fois tous les 6 ans. Quant aux malades appelés à être souvent hospitalisés, le Maximum à facturer vient à raison en limiter l'impact, en fonction des revenus de ceux-ci. Les 255 euros représentent 7% du coût de l'hospitalisation. La médecine n'est pas gratuite mais relevons que 93% des frais sont pris en charge par la société.

Quant à l'argument d'une médecine à deux vitesses, je ne le soutiens pas. Un malade en chambre commune reçoit exactement le même niveau de prestations qu'un patient en chambre semi-privée ou privée. Même sécurité, même qualité, mêmes actes diagnostiques et thérapeutiques, mêmes médicaments. Ce malade n'aura pas, il est vrai, le même confort de chambre (isolement, équipement hôtelier et de loisirs) ni la même personnalisation de soins par le médecin. Existe-t-il une quelconque étude qui démontrerait que le patient

// La principale lacune dans le financement hospitalier réside précisément dans les matériels très peu ou pas du tout remboursés //

en chambre privée aurait un taux de mortalité, de complication ou de morbidité moindre ou un taux de guérison ou de convalescence supérieur?



© Reporters

UNE REFORME DE LA NOMENCLATURE

Enfin, la question est posée de savoir si l'hôpital pourrait se passer de ces suppléments. Tant qu'on connaîtra un sous-financement des hôpitaux, la réponse est franchement négative. Une commission formée de représentants des hôpitaux, des mutuelles, des organisations professionnelles médicales, de l'Administration du SPF Santé Publique et même du Cabinet du ministre avait en 2003 évalué le sous-financement à 7,2% du BMF. Le ministre a procédé à un refinancement mais pour un tiers seulement, et en 3 ans.

Un groupe de travail de la Section Financement est en train d'actualiser les chiffres: d'ores et déjà on peut dire que rien qu'en matière de couverture

des frais de personnel, il manque 10%, conséquence essentiellement de l'absence ou de l'insuffisance de prise en compte des anciennetés barémiques et des coûts réels du personnel MARIBEL et FBI.

Du côté des prestations médicales, si certaines sont correctement rémunérées ou sur-financées, un grand nombre sont dramatiquement sous-financées. Le danger est là, plus que dans la problématique des suppléments. Si la nomenclature n'est pas adéquatement actualisée, certains médecins, certains hôpitaux sélectionneront les malades ou n'offriront plus de prestations non rentables. La liste est longue: pédiatrie (en particulier la neuro-pédiatrie et la pédopsychiatrie), psychiatrie, gériatrie, médecine interne générale, endocrinologie, neurologie, gastro-entérologie, pneumologie... toutes disciplines dont certaines prestations sont correctement rémunérées, d'autres (les plus lourdes) ne le sont pas.

Ne resterait-il plus que les hôpitaux universitaires pour prendre en charge ces malades ou des prestations techniques

>>>



Les risques de sélection des malades ou de transfert de certaines prestations vers d'autres acteurs sont réels et nécessitent une refonte totale de la nomenclature.

>>> (en biologie par exemple) très insuffisamment financées? Et avec quels moyens? Aux Cliniques Universitaires Saint-Luc, plus de la moitié des services médicaux sont déficitaires, non pas en raison d'une mauvaise gestion

2 Il faut cependant veiller à ce qu'ils ne soient pas accrus au-delà de leur niveau actuel. Les enquêtes des mutuelles ou autres organismes de défense des consommateurs sont dès lors utiles à cet égard.

// Il faut procéder à une refonte totale de la nomenclature ou à la mise en place d'autres techniques de financement //

5 Toutes les mesures politiques que prend le Gouvernement à l'égard des coûts à charge des patients ne doivent pas être à charge des hôpitaux mais de fonds qu'il affecte spécialement à cette fin (moyens supplémentaires alloués aux mutualités, mesures fiscales...).

6 Les hôpitaux ont un besoin urgent de refinancement. Les sommes non dépensées à l'assurance-maladie (les dépenses en 2006 sont de 2% inférieures au budget) sont notamment disponibles à cet effet.

Il faut en particulier régler correctement la problématique des frais de personnel ainsi que celle des dispositifs médicaux, mal ou insuffisamment financés.

7 Les risques de sélection des malades ou de transfert de certaines prestations vers d'autres acteurs sont réels et nécessitent une refonte totale de la nomenclature, sans qu'il faille pour autant y affecter des ressources supplémentaires. ○

ou d'un moindre travail des praticiens mais parce que ces services sont défavorisés en matière de nomenclature. Je plaide donc pour une refonte totale de la nomenclature, à moins que la mise en place d'autres techniques de financement – qui assurent une meilleure équité entre établissements – ne rende cette tâche inutile.

SEPT POINTS ESSENTIELS

1 Les coûts à charge des patients, quand ils sont hospitalisés, sont modérés.

3 La sécurité tarifaire, déjà assurée aujourd'hui par la loi sur les hôpitaux, est légitime et bonne, de sorte que l'accessibilité aux soins hospitaliers en Belgique est maximale (pour ne pas dire totale). Cette qualité de notre système hospitalier est fondamentale et doit être défendue à tout crin.

4 Les hôpitaux belges sont des institutions d'intérêt public, à caractère non lucratif. Cette caractéristique, typique de la Belgique, doit aussi être pleinement défendue.