

10 CONDITIONS POUR UN FINANCEMENT TOUT COMPRIS

# Quel modèle de financement des hôpitaux connaîtrons-nous demain?

Il est fort probable qu'avec l'eupéanisation, tous les systèmes convergent vers un même modèle de système de financement tout compris. Le Pr Guy Durant, administrateur général des Cliniques Universitaires Saint-Luc, pose 10 conditions qui sont, selon lui, à respecter.

Guy Durant





**Guy Durant**

Administrateur général  
Cliniques universitaires  
Saint-Luc

Professeur  
extraordinaire UCL

Président de l'ABH

guy.durant  
@uclouvain.be

**J**e n'apprendrai rien à personne en disant que le financement des hôpitaux en Belgique est très complexe. Les règles sont nombreuses et changeantes. Peu de prestataires de soins les maîtrisent alors que c'est leur activité qui détermine les recettes de leur institution. Il faut quasi un an aux nouveaux venus dans le secteur pour appréhender la mécanique, et les membres «extérieurs» dans les Conseils d'Administration sont dans le brouillard complet. Je ne crois pas qu'il existe une seule autre activité en Belgique dont le financement soit aussi compliqué.

Complexe, mais aussi opaque. Les gestionnaires n'ont qu'une maîtrise limitée de leurs recettes car il y a beaucoup d'incertitudes et d'inconnues, à commencer par l'ignorance totale des bases de comparaison (les données des autres hôpitaux, puisque c'est la pratique moyenne qui est le standard) utilisées pour le calcul des lits justifiés, pour celui des honoraires forfaitaires de biologie, ou encore en partie pour l'établissement des montants de référence.

Le financement est dual: 40 à 45% des recettes sont issues du Budget des moyens financiers calculé par le SPF Santé Publique, la même proportion relève de l'INAMI, pour les honoraires médicaux, et le solde (la pharmacie) ressort également de l'INAMI. Les règles sont parfois contradictoires: prendre telle décision avantageuse pour le BMF (par ex. réduire les durées de séjour) peut être nuisible pour les honoraires (par ex. moins d'honoraires de surveillance car il y aura moins de journées d'hospitalisation) ou inversement. Il faut sans cesse trouver de subtils équilibres.

## L'INGÉNOSITÉ BELGE

Le système est aussi composite, ou mixte; il se singularise par la juxtaposition de différents concepts et techniques de financement. On connaît autant la facturation à l'acte qu'une enveloppe pour les services administratifs, logistiques, et les unités de soins. L'ingéniosité belge est telle qu'on a même des forfaits partiels, comme en biologie ou pour les médicaments: le principe est celui d'un forfait, mais on facture encore 25% à la prestation (ce faisant, le prestataire ou le prescripteur ne sait pas trop s'il est dans un système de forfait ou non, pensant même que le coût marginal d'une analyse de biologie supplémentaire

## “La forfaitarisation n'est plus un tabou en Belgique”

est moins élevé que la facturation à seulement un quart des anciennes valeurs). Le système est aussi à la fois prospectif, c'est-à-dire calculé et connu à l'avance (le BMF), et rétrospectif (les honoraires et la partie à l'acte des médicaments, qui font l'objet d'un remboursement).

Et que dire de la facturation? L'amplitude de la nomenclature des prestations médicales et les très nombreuses règles interprétatives nécessitent que chaque hôpital se dote d'experts en la matière. Il n'est cependant pas rare que les services de contrôle de l'INAMI contestent a posteriori certaines pratiques de facturation, opérées pourtant en toute bonne foi, et exigent des remboursements. Les activités de facturation requièrent de grandes équipes, tant dans les hôpitaux (dans les services centraux administratifs mais aussi dans les unités de soins et dans les services médicaux) que dans les mutualités qui contrôlent. Ce coût administratif élevé s'opère au détriment de l'effectif du personnel, qui serait mieux utilisé aux soins. Et les forfaits introduits ces dernières années (biologie, radiologie, médicaments, montants de référence) n'ont en rien réduit la tâche puisqu'il faut encore facturer à 25%.

La méthode d'honoraires «bruts» entraîne aussi d'incessantes discussions au sein des hôpitaux sur le partage des coûts entre médecins et gestionnaires. Beaucoup d'énergie y est dévolue et beaucoup de tensions naissent de cette dualité du financement.

## Welk financieringsmodel van de ziekenhuizen voor de toekomst?

Gaan we ook in ons land naar een 'all in' financieringssysteem, waarbij het ziekenhuis x euro krijgt voor een heupprothese, y euro voor de behandeling van een infarct of z euro voor een kransslagaderoverbrugging? De kans is groot, nu alle systemen met de toenemende europeanisering evolueren naar eenzelfde model. Het KCE (Federaal Centrum voor de Gezondheidszorg) is hier trouwens volop mee bezig. Ook al klopt het dat er geen perfect systeem bestaat, de DRG-tarieven hebben ondertussen hun deugdelijkheid bewezen in het buitenland, en we kunnen er ons op inspireren. Het nieuwe systeem moet in de eerste plaats voldoen aan vier basiscriteria: een billijke verdeling van middelen tussen de verschillende ziekenhuisinstellingen, transparantie, responsabilisering van de actoren en hun medewerking bij het ontwikkelen en toepassen van het systeem, zoals dat tot nu toe altijd het geval is geweest.

## DES QUALITÉS INDÉNIABLES

Pourtant, le système a des qualités indéniables. Il vise l'équité dans la répartition des ressources entre établissements et y réussit pas mal, mais le prix à payer est... la complexité. Il est totalement lié à l'activité, visant à financer l'hôpital pour ce qu'il fait (l'argent suit le patient) et non pour ce qu'il est. On ne finance plus des lits vides et il est loin le temps où on finançait une structure (par ex. 3 infirmières par salle d'opération, qu'elle soit occupée ou non). Il pousse aussi à une certaine performance: réduction des durées de séjour (le nombre de lits justifiés s'est réduit de 10% de 2002 à 2008) et incitation à l'hospitalisation de jour. Le fait d'avoir une facturation par acte permet également d'établir facilement des recettes par service, d'élaborer donc des comptes de résultats précis et d'ainsi contrôler plus facilement la gestion.

Mais ces qualités seraient-elles telles que nous aurions un système hospitalier plus efficient que dans d'autres pays?



Les activités de facturation requièrent de grandes équipes, tant dans les hôpitaux que dans les mutualités qui contrôlent.

Il n'y a pas de statistiques internationales sur le coût de l'hôpital mais avec 10,1% du PNB, nos dépenses en soins de santé ne sont pas vraiment moindres qu'ailleurs (sauf bien sûr les États-Unis), et les résultats de soins sont comparables, pas nécessairement les meilleurs.

Nous sommes atypiques, étant le seul pays à encore connaître un financement à l'acte pour les prestations médicales, mis à part ce qui se pratique dans les hôpitaux commerciaux italiens, espagnols ou suisses. Or le paiement à la prestation génère le risque d'une surproduction de soins superflus et ne tient que parce qu'à mesure de l'augmentation du volume des actes, les tarifs unitaires sont réduits... pour entraîner une nouvelle inflation, pas nécessairement utile au patient.

## DES TARIFS FORFAITAIRES

Partout ailleurs existent des systèmes prospectifs et intégrés de dotation globale ou, plus fréquemment (en France, aux USA, en Allemagne, en Italie...), de tarifs forfaitaires par pathologie. Le budget global (mais lié à l'activité) a ma préférence car il réduit le phénomène de sélection des risques (choix des malades les mieux éduqués ou les moins graves), les bons cas compensant les mauvais cas. Mais c'est la technique des tarifs par DRG qui l'a emporté, avec des systèmes très variés: un «all-in» avec peu ou beaucoup d'exclusions, des honoraires médicaux inclus ou facturés séparément pour leur partie «pure», des paramètres nombreux ou bien focalisation sur le seul DRG, etc.

La forfaitarisation n'est plus un tabou en Belgique alors qu'en 1997 une proposition de budget global (cf. l'AR du 25/04/97) avait provoqué une grève des médecins hospitaliers belges. Après la biologie et la radiologie, la forfaitarisation - même si ce n'est pas de gaieté de cœur - s'est étendue à 32 DRG (les montants de référence, même s'il

s'agit en fait d'une récupération a posteriori) ainsi qu'aux médicaments. Elle a l'avantage de réduire (souvent un «one-shot») ou contenir les dépenses comme l'a démontré le forfait en pharmacie sans que la qualité des soins n'en soit ternie. La recherche du meilleur chemin diagnostique ou de la meilleure thérapeutique, mais à un coût donné, ou à un coût moindre en éliminant des prestations inutiles, est aujourd'hui reconnue comme l'objectif à atteindre (voir le discours sur les montants de référence, selon lequel ce qui est visé, c'est de réduire les différences de pratiques entre les prestataires). Efficacité (le meilleur résultat) et efficacité (au meilleur coût) vont de pair. La forfaitarisation des pathologies est donc une méthode de gestion des coûts des pratiques médicales.

## 10 CONDITIONS POUR UN FINANCEMENT TOUT COMPRIS

Alors, va-t-on connaître aussi en Belgique un système de financement «tout compris», consistant à rémunérer l'hôpital de x euros pour une prothèse de hanche, de y euros pour la prise en charge d'un infarctus ou de z euros pour un pontage coronarien? Les chances sont grandes qu'avec l'eupéanisation croissante, tous les systèmes convergent vers un même modèle. Le KCE\* travaille d'ailleurs sur le sujet.

Mais il y a 10 conditions qu'il me semble falloir respecter:

1. le DRG (utilisé partout, sauf au Luxembourg et en Grèce) ne peut déterminer à lui seul le budget de l'hôpital. Il faut d'autres paramètres en sus, ainsi que l'ont fait l'Espagne, le Portugal, la Suède ou le Danemark;
2. basé sur la déclaration de l'hôpital (le DRG), le système ne peut fonctionner que s'il y a des contrôles

(insuffisants en Belgique) et des sanctions en cas de manipulation des données ou de déclaration frauduleuse (inexistantes en Belgique malgré les nombreux avis de la Section Financement du Conseil national des établissements hospitaliers);

3. il faut exclure du système des tarifs forfaitaires par DRG une série d'activités ainsi que, de nouveau, d'autres pays le font (France, Grande-Bretagne, Allemagne...).

Par exemple: les urgences qui doivent donner lieu à un financement séparé (désignées «mission d'intérêt général» en France); les missions académiques (financement additionnel à l'étranger de 10 à 25% selon les pays); les patients sociaux; les DRG très hétérogènes; les séjours particulièrement longs ou particulièrement courts; les médicaments orphelins, chers, innovants et certains dispositifs médicaux; les séjours au sein d'unités très spécialisées comme les soins intensifs, la néonatalogie et les grands brûlés; les transplantations etc.;

4. il faut aussi exclure ce qui a trait aux bâtiments car si l'amortissement et les gros entretiens de ceux-ci étaient couverts par les tarifs, le risque serait de faire passer ceux-ci au second plan;

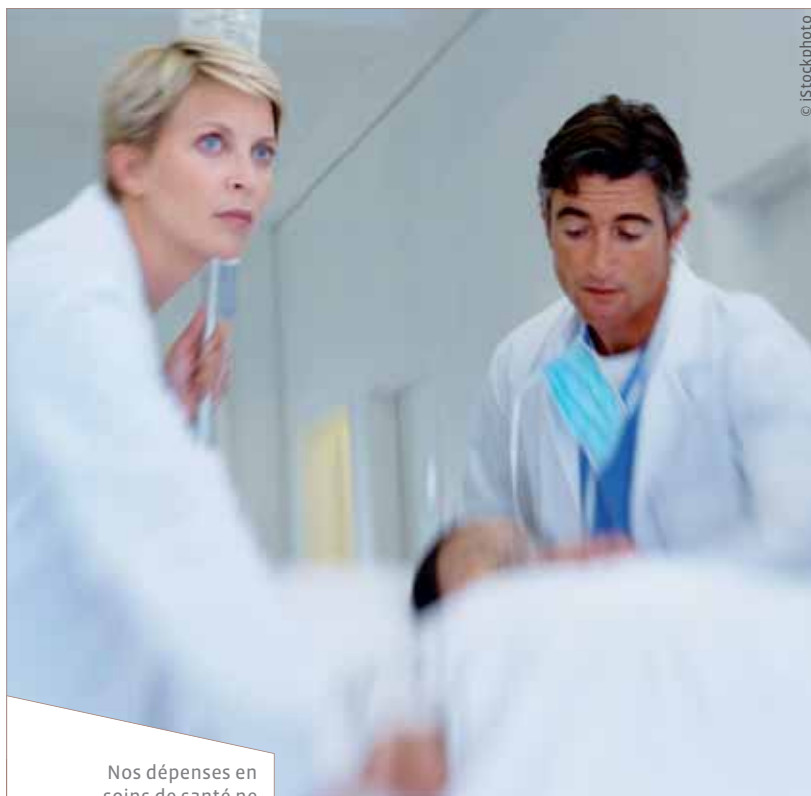
5. les tarifs doivent être établis à partir d'études objectives de coûts (type ABC pour «Activity Based Costing») et non à partir de la nomenclature actuelle belge car celle-ci est obsolète et ne reflète plus le prix de revient de chaque acte;

6. pour ne pas entraîner un changement, probablement non désiré, du statut du médecin à l'hôpital, autrement dit pour qu'il puisse, s'il le souhaite, rester indépendant, des honoraires médicaux «purs» doivent, comme aux USA ou dans les cliniques privées françaises, être facturés séparément (le risque de surproduction d'actes ne sera donc pas entièrement éliminé, mais néanmoins réduit en valeur), à des tarifs qu'il faudra établir, tenant compte du temps médecin passé à l'acte mais aussi de la différenciation actuelle entre spécialités. Cette façon de faire permettra également le maintien, nécessaire, de la pratique des suppléments d'honoraires dans certaines conditions, à moins que les honoraires de base ne soient tous substantiellement revalorisés; la loi-programme du 29/12/1990 permet au Roi de scinder les honoraires en 2 parties;

7. le maintien pour le médecin d'un statut d'indépendant ne fera pas l'économie d'une réflexion sur une meilleure intégration du médecin à l'hôpital. Car il n'y aura plus le BMF d'un côté, les honoraires de l'autre. Il n'y aura qu'un seul tarif, que l'hôpital devra respecter dans ses coûts, ce qui ne pourra se faire qu'avec des médecins attentifs à la durée de séjour, aux actes et médicaments prescrits, au processus de soins, à la multidisciplinarité..., c'est-à-dire à la gestion clinique, encore dite «disease management»;

8. il faut tenir compte de ce qui se passe «hors les murs» dans le processus de soins. Sans aller jusqu'à introduire un paiement par capitation comme dans la région de Valence, il faut considérer les examens en ambulatoire effectués ailleurs qu'à l'hôpital avant l'hospitalisation, de même que la revalidation opérée en aval;

9. le financement nouveau doit comporter des incitatifs à la qualité. La rémunération de la performance



Nos dépenses en soins de santé ne sont pas vraiment moindres qu'ailleurs, et les résultats de soins sont comparables, pas nécessairement les meilleurs.

pour atteindre des standards de qualité, comme cela se fait aux USA (P4P), me semble peu propice à une application en Belgique. Mais un système de bonus, de prime de qualité individualisée par hôpital en fonction des progrès mesurés, comme cela existe au Luxembourg, pourrait être mis en œuvre, en prolongation des modalités déjà existantes aujourd'hui mais qui se limitent au financement de la structure de coordination de la qualité. C'est d'autant plus pertinent qu'une forfaitarisation peut entraîner une sous-consommation de soins: la seule réponse tient dans la mise en place d'un système d'accréditation qui fait cruellement défaut en Belgique aujourd'hui;

10. pouvant présumer qu'un nouveau système entraînera parfois des écarts importants pour les hôpitaux (en plus ou en moins), le financement nouveau devra s'appliquer progressivement (en 5 ans par ex.). Sans cela, certains hôpitaux pourraient tomber en faillite. Mais réfléchissons à la complexité incroyable de garder 2 systèmes en parallèle. Aussi faut-il peut-être préférer un système de calcul à blanc pendant quelques années, ou de tout autre modalité qui permettrait de vivre la transition.

Il n'existe pas de système parfait. Les tarifs par DRG ont cependant fait leurs preuves à l'étranger, nous pouvons nous en inspirer. Il importe avant tout qu'un nouveau système, qui me semble inéluctable, rencontre quatre impératifs: l'équité dans l'allocation des ressources entre établissements, la transparence, la responsabilisation des acteurs, ainsi que la participation de ceux-ci à la conception et à l'implémentation du système, comme cela a toujours été fait jusqu'ici. ••

\*Cet article a été écrit avant publication de l'étude KCE «Étude de faisabilité de l'introduction en Belgique d'un système de financement hospitalier «all-in» par pathologie».